

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Vojtěch Janoušek, DiS.

Aplikační místnosti pro uživatele drog - analýza potřeb

Consumption rooms for drug users - Needs analysis

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbara Janíková

Praha

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 7. 2013

.....

Bc. Vojtěch Janouškovec, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí práce Mgr. Barbaře Janíkové za vedení, podnětné připomínky a především shovívavý přístup. Mé velké poděkování také patří mojí ženě Marii, která mě po celou dobu tvorby diplomové práce i po celou dobu magisterského studia podporovala a její láskyplná péče mi umožnila studium dokončit. V neposlední řadě děkuji všem respondentům mého výzkumu za ochotu s účastí. Bez těchto lidí, by tato práce nevznikla.

Bibliografický záznam

Janouškovec, Vojtěch. Aplikační místnosti pro uživatele drog - analýza potřeb. Praha, 2013. 105 s. 5 příloh. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2013. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Barbara Janíková.

Abstrakt

Aplikační místnosti určené pro uživatele nealkoholových drog realizuje jako jeden z nástrojů terciární prevence řada evropských zemí. Tyto projekty patří do oblasti služeb harm reduction. Mezi cíle těchto programů patří mimo jiné minimalizace zdravotních rizik, prevence předávkování, motivace uživatelů ke změně životního stylu. Svůj velký význam mají aplikační místnosti také v redukci negativních jevů spojených s otevřenou drogovou scénou jako například aplikace návykové látky na veřejných místech.

Obsahem práce je analýza potřeb teoretické realizace aplikační místnosti v hl. m. Praze. Po teoretickém úvodu, ve kterém jsou představeny východiska projektu, cíle projektu a příklady zahraniční praxe zachycené v odborné literatuře, jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu. Cílem tohoto výzkumu, vedeného formou polostrukturovaných interview, je odpovědět na základní otázky potřeb a představ potenciálních uživatelů, odborníků z oblasti léčby a prevence závislostí a dalších osob, které lze považovat z pohledu diskuze o aplikační místnosti za zainteresované. Získaná data byla zpracována především metodou zakotvené teorie.

Zhodnocením indikátorů potřebnosti realizace aplikační místnosti a na základě odpovědí respondentů se jeví zavedení tohoto typu nízkoprahového programu v hl. m. Praze jako vhodné. Respondenti výzkumu hodnotí program aplikačních místností převážně pozitivně. Dále se vyjadřují k vhodnému umístění aplikační místnosti v případě realizace v hl. m. Praze, otevírací době, jaké služby jsou vhodné poskytovat v aplikační místnosti a také k základní formě programu, kdy převažuje preference kamenného stacionárního zařízení.

Klíčová slova: analýza, aplikační místnost, harm reduction, nízkoprahové služby, drogy

Summary

Consumption rooms for drug users are implemented as a tool of tertiary prevention by a number of European countries. These services are based on harm reduction philosophy. The objectives of these programs include minimizing health risks, overdose prevention, motivating users to change their lifestyle. Consumption room has also effect in reduction of negative effects associated with open drug scenes such as the drug consumption in public places.

The thesis is about a need analysis of a theoretical application of a consumption room in the capital city Prague. After a theoretical introduction, which introduces the background of the project, the project objectives and examples of foreign practice presented in a literature, are presented the results of qualitative research. The aim of the research, conducted by the technique of semi-structured interview, is to answer the basic questions of needs and expectations of potential users, experts in the treatment and prevention of addiction and other persons who may be considered as involved from the perspective of discussion about consumption.

Based on the indicators of the need for drug consumption rooms and based on respondents answers, installation of this low-threshold program appears to be as appropriate in capital city Prague. Respondents of the research evaluates drug consumption rooms mostly positive. Further respondents comments the suitable location of the consumption room for implementation in the capital city Prague, opening hours, what services are appropriate to provide, as well as the basic form of the program when the preference are for stationary facility.

Keywords: analysis, consumption room, harm reduction, low-threshold services, drugs

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část.....	11
2.1. Definice pojmu aplikační místnost.....	11
2.2. Harm reduction a public health.....	11
2.2.1. Metody harm reduction.....	15
2.3. Aplikační místnosti – základní popis a definice	17
2.3.1. Historie a rozvoj aplikačních místností.....	18
2.4. Indikátory potřeby	20
2.4.1. Situace v Praze	21
2.5. Formy aplikačních místností.....	28
2.5.1. Formy aplikačních místností podle způsobu užívání návykové látky	31
2.6. Cíle AM	32
2.6.1. Cíle AM směřující k oblasti zdraví.....	32
2.6.2. Cíle AM směřující k bezpečnosti a veřejnému pořádku	36
2.7. Cílová populace	37
2.8. Poskytované služby	41
2.9. Vstup do zařízení a pravidla aplikačních místností.....	42
2.10. Doporučené postupy	45
2.11. Hodnocení činnosti a dopady AM	47
3. Výzkumná část	50
3.1. Analýza potřeb	50
3.2. Cíle výzkumu	51
3.3. Výzkumné otázky.....	52

3.4.	Volba metodologie	52
3.5.	Metoda získávání dat.....	53
3.5.1.	Identifikace zdrojů	53
3.5.2.	Nominační technika	54
3.6.	Etické normy a pravidla.....	57
3.7.	Analýza dat	57
3.7.1.	Fixace dat	57
3.7.2.	Redukce získaných dat.....	58
3.7.3.	Metoda analýzy	59
3.8.	Popis výzkumného souboru.....	60
3.9.	Výsledky.....	63
3.9.1.	Místa aplikace drog a délka trvání aplikace návykové látky	63
3.9.2.	Aplikace drog na veřejnosti.....	65
3.9.3.	Výběr místa pro aplikaci drog	69
3.9.4.	Otevřená drogová scéna	70
3.9.5.	Povědomí o projektu AM.....	71
3.9.6.	Hodnocení služby AM	72
3.9.7.	Zmapování očekávaných dopadů na otevřenou drogovou scénu	74
3.9.8.	Očekávaná pozitiva a negativa realizace služby AM	76
3.9.9.	Faktory, které zvyšují pravděpodobnost využití služby AM	78
3.9.10.	Forma aplikační místnosti.....	81
3.9.11.	Místo realizace, otevírací doba.....	84
3.9.12.	Výzkumné otázky - odpovědi.....	86
3.10.	Validita dat	87

3.11.	Výzkumná omezení	88
4.	Diskuze.....	89
5.	Závěr	93
6.	Použitá literatura.....	95
7.	Přílohy	101

1. Úvod

První oficiální aplikační místnost pro uživatele drog byla otevřena již před téměř 30 lety. Jedná se o program založený na principech harm reduction a vznik prvních zařízení tohoto typu lze datovat k samotnému začátku rozvoje harm reduction ve světě. Představuje jeden z nástrojů protidrogové politiky a formy práce s problémovými uživateli drog. Za dobu existence této služby byl její efekt a dopad jak pro uživatele drog tak celospolečenský přesah podroben výzkumnému zkoumání a je možné konstatovat, že programy aplikačních místností reprezentují etablovanou součást sítě služeb zaměřených na uživatele drog několika zemí světa. Mezi 8 zeměmi, kde je v současné době provozováno na 90 aplikačních místností, se celkem 6 nachází v Evropě.

Ani v České republice není toto téma zcela neznámé, naopak se lze domnívat, že je možná nyní opět více aktuální, než kdykoliv jindy za posledních několik let. Záměr realizovat pilotní projekt aplikační místnosti se dokonce objevil ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013 – 2015. Není to však poprvé, kdy se v hl. m. Praze uvažuje o zahájení projektu aplikační místnosti. Podnět k jejich zřízení podaly v roce 1999 příslušné odbory Městské části Prahy 1 prostřednictvím místostarostky pro sociální a zdravotní problematiku. Po tomto podnětu následovaly 2 roky diskusí, jejichž součástí byla také návštěva vybraných zastupitelů a přízvaných odborníků v obdobných zařízeních ve Frankfurtu nad Mohanem a Hamburku. Hlasování zastupitelstva Praha 1 ovšem nakonec záměr stát se zřizovatelem aplikační místnosti zamítlo.

Tento vývoj poukazuje na skutečnost, že se jedná vždy o místní samosprávu nebo magistrát města, odkud oficiální iniciativa vychází. Taktéž zahraniční zkušenosti potvrzují, že je to právě lokálnost problematiky otevřené drogové scény, která je startovacím impulzem pro diskuzi o otevření programu aplikační místnosti. Od případné realizace aplikační místnosti v hl. m. Praze se očekává mnoho, častokrát zaznívá příslib minimalizaci drogové scény, případně i její odklonění. Zároveň je

slyšet stále hlas odpůrců, kteří mimo jiné poukazují na právní aspekty, které tento provoz neumožňují.

Práce si klade za cíl předložit teoretické a výzkumné znalosti, které byly získány za dobu fungování programu ve světě a tím odpovědět na otázky, jaký efekt a jaké dopady můžeme očekávat, pokud se skutečně rozhodneme tuto službu zahájit. Těmto tématům se věnuje teoretická část práce. Pouze okrajově je práce věnována právním souvislostem a aspektům, které jsou pro provoz aplikačních místností bezpochyby velmi důležité, nicméně jsem přesvědčen, že otázka realizovatelnosti programu z pohledu legislativy stojí až za otázkou, zda tuto službu skutečně chceme a co si od fungování slibujeme. Pokud jsme o potřebě zařazení aplikační místnosti do systému služeb pro uživatele drog rozhodnutí, je na místě se zabývat tím, zda to současný legislativní rámec umožňuje nebo bude třeba úpravy.

Výzkumná část práce se kvalitativním přístupem zaměřuje na potenciální uživatele služby aplikační místnosti a zkoumá jejich postoje a pohledy na provoz aplikačních místností a cílí na faktory, které by vedli ke změně některých způsobů jejich chování na otevřené drogové scéně. Výzkumnému pohledu je podrobeno také chování ve vztahu k aplikaci návykových látek, výběru místa pro aplikaci drogy a determinantům, které toho chování ovlivňují. Výzkumná část práce dále dává prostor k zachycení a představení názorů odborníků z praxe léčby a prevence závislostí a dalších významných účastníků diskuze o realizaci projektu aplikačních místností, kterými jsou zástupci úředníků, policie, městské policie aj.

V závěrečných částech práce jsou interpretovány již představené výsledky a diskutovány limity a omezení provedeného výzkumu. Jsou navrženy možnosti, jak na výsledky této práce dále navázat. Zároveň jsou shrnuty závěry vyvozené z této práce.

2. Teoretická část

Teoretická část práce vychází z dostupné odborné literatury a předkládá výklad východisek pro vznik a realizaci aplikační místnosti pro uživatele drog. V této úvodní části jsou vysvětleny základní pojmy, popsány druhy, funkce a podoby aplikačních místností ve světě. Cílem je představení této služby pro uživatele drog a poznání všech souvislostí skrze zahraniční zkušenost.

2.1. Definice pojmu aplikační místnost

Aplikační místnost je možné podle Hedrich (2004) charakterizovat jako chráněné místo určené pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod supervizí školeného personálu.

Jedná se o specializovaná zařízení, která poskytují služby aktivním, zejména injekčním, uživatelům drog. Aplikační místnosti svým fungováním přispívají ke snižování nežádoucích následků užívání drog, jako jsou například infekční choroby nebo předávkování, a také mají pozitivní dopad na snížení rizikové aplikace drog na veřejných místech.

Programy aplikačních místností představují specializovanou drogovou službu v širší síti služeb pro uživatele drog. Jedná se často o integrovaná zařízení, která kromě umožnění samotné aplikace drogy nabízí celé spektrum návazných služeb, jako je poradenství, zdravotní ošetření, krizovou intervencí aj.

2.2. Harm reduction a public health

Aplikační místnosti (dále jen AM), jako řada dalších programů zaměřených na uživatele drog, vychází ze dvou hlavních principů. Těmi principy jsou harm reduction (HR) a public health (PH).

Jako HR se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snižování jejich spotřeby. HR je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a

pro celou společnost (HRI, 2010). Těmi hlavními přínosy jsou zdravotní a ekonomické dopady, jak na úrovni jedince, tak na úrovni celé společnosti.

Přístup HR je tedy obecnou metodou aplikovatelnou ve výše zmíněném kontextu. Pro potřeby této práce ovšem zúžím pohled na HR především jako na metodu přístupu k fenoménu injekčního zneužívání návykových látek. Cílovou skupinou HR programů jsou v této souvislosti problémoví uživatelé drog. Dle definice EMCDDA¹ se jedná o intravenózní uživatele drog a/nebo dlouhodobé uživatele opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

Vznik prvních HR programů, respektive služeb, které uplatňují HR přístup, se datují do počátku 80. let 20. století. První doložitelný výměnný program (který je jednou ze základních složek HR strategií) vznikl v roce 1984 v Amsterdamu. Tento program vznikl nejprve z iniciace samotných uživatelů drog (tzv. Junkie Union), později byl provoz programu převzat městem Amsterdam (Coutinho, 2000).

Hlavním stimulem pro rozvoj služeb HR bylo uvědomění si významu injekčního užívání návykových látek a sdílení injekčního materiálu mezi uživateli pro šíření infekčních onemocnění, především HIV/AIDS. Samotný pojem HR vešel v širší známost v roce 1987, kdy byla publikována práce Russella Newcomba „High time for harm reduction“ (Hunt, 2003).

V roce 1990, byla uspořádána první konference HR v Liverpoolu, jež byla impulzem pro vznik Mezinárodní asociace harm reduction (International Harm Reduction Association – IHRA, dnes Harm Reduction International - HRI).

Mezi jednu z hlavních metod HR patří výměna injekčního materiálu a distribuce dalšího specifického zdravotního materiálu. Efektivitu HR postupů v případě injekčních drog s ohledem na šíření HIV potvrdila řada odborných studií (např. Rhodes & Hedrich, 2010; Islam & Conigrave, 2007; Obadia et al, 1999 atd.).

¹ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Mezi starší studie prokazující pozitivní efekt na prevalenci a incidenci HIV jak v rizikové populaci, tak v obecné populaci byla například práce G. Stimsona, L. Alldritta a K. Dolana s názvem *Injecting equipment exchange schemes: final report* (University of London, 1998). Světová zdravotnická organizace (WHO) publikovala svoji vlastní studii v roce 1994. Tato studie srovnává výskyt HIV infekce v 81 městech celého světa. (WHO International Collaborative Group, 1994). Tato práce dokazuje pozitivní efekt výměnných programů na faktu, kdy v 52 městech, kde byly injekční pomůcky jen těžko dostupné, narostl počet HIV pozitivních v průměru o 5,9 % za rok. Ve 29 městech, kde fungovaly výměnné programy, počet HIV případů kles v průměru o 5,8 % za rok.

Dle Mezinárodní asociace pro harm reduction (Harm Reduction International, 2010) je zapotřebí uživatelům drog poskytnout možnost snížit rizika vyplývající z pokračujícího užívání drog a eliminovat újmu, kterou by tito lidé mohli přivodit sobě i druhým. Dostupnost informací, služeb a intervencí, které v tomto ohledu pomáhají chránit zdraví a bezpečnost uživatelů i společnosti, jsou naprosto nezbytné.

Programy výměny injekčních jehel v roce 2009 využívala téměř polovina zemí světa, konkrétně 77 zemí, přičemž 31 zemí se nachází v Evropě (Rhodes & Hedrich, 2010). Téměř ve všech Evropských zemí vyjma Turecka a Islandu je evidován jeden nebo více programů na výměnu injekčního materiálu, poslední zemí, která se k distribuci tohoto materiálu problémovým uživatelům drog připojila, byl v roce 2007 Kypr. Praxe zajištění těchto programů se liší, nejčastěji se jedná o dobročinné či neziskové nestátní organizace, dále jsou zapojeni do systému distribuce jehel lékárny, nemocnice, organizace zřízené lokálními autoritami apod. Mezi programy, kde se uplatňuje přístup HR, se řadí výměnné programy, které jsou realizovány v rámci terénních služeb, kontaktních center, dále ze zahraniční praxe známe programy výměny jehel ve věznicích, popřípadě výměna skrze síť lékáren či zdravotnických zařízení. V širším pohledu je možné také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří samozřejmě také aplikační místnosti, které jsou hlavním tématem této práce.

Historicky starší a ve vztahu k HR obsahově nadřazený princip je public health (PH). Ve své podstatě PH nesleduje zájem jedince, ale zamýšlí se nad ochranou celé populace. Zvláštní pozornost věnuje sociálnímu kontextu, jak zdraví, tak i nemoci. Distribucí sterilního zdravotnického materiálu, sběrem infekčního materiálu a osvětou klientů se snižuje prevalence infekčních onemocnění u uživatelů injekčních drog (zejména HIV/AIDS, hepatitid a jiných pohlavně přenosných chorob) a tím potažmo i v celé veřejnosti. Pro otázku veřejného zdraví je totiž velmi důležité si uvědomit, že z hlediska výskytu infekčních onemocnění představuje skupina injekčních uživatelů pro společnost významné riziko.

Tabulka 1: Harm reduction v Evropě

	Programy výměny stříkaček	Substituční terapie opiátů	Aplikační místnosti	Výměna stříkaček ve věznicích	Substituce ve věznicích
Belgie	✓	✓			✓
Bulharsko	✓	✓			
Česká republika	✓	✓			✓
Dánsko	✓	✓			✓
Estonsko	✓	✓			
Finsko	✓	✓			✓
Francie	✓	✓			✓
Holandsko	✓	✓	✓		✓
Chorvatsko	✓	✓			✓
Irsko	✓	✓			✓
Island					
Itálie	✓	✓			✓
Kypr	✓	✓			
Litva	✓	✓			
Lotyšsko	✓	✓			
Lucembursko	✓	✓	✓	✓	✓
Maďarsko	✓	✓			
Makedonie	✓	✓			✓
Malta	✓	✓			✓
Německo	✓	✓	✓	✓	✓
Norsko	✓	✓	✓		✓
Polsko	✓	✓			✓

Portugalsko	✓	✓		✓	✓
Rakousko	✓	✓			✓
Rumunsko	✓	✓		✓	✓
Řecko	✓	✓			
Slovensko	✓	✓			
Slovinsko	✓	✓			✓
Španělsko	✓	✓	✓	✓	✓
Švédsko	✓	✓			✓
Švýcarsko	✓	✓	✓	✓	✓
Turecko					
Velká Británie	✓	✓			✓

Zdroj: Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisabon: EMCDDA.

2.2.1. Metody harm reduction

Pro hlubší pochopení principů, na kterých staví projekty AM, je dobré se věnovat krátce také konkrétním aktivitám, které metoda HR nabízí.

a) Výměna injekčního materiálu

Jak již bylo zmíněno, základní a nosnou metodou HR je výměna injekčního materiálu a distribuce dalšího zdravotnického materiálu určeného pro bezpečnější injekční aplikaci (desinfekce, čistá voda, filtry). Výměna použitého injekčního náčiní za čisté má dva základní účinky. Nasycením poptávky po tomto druhu zdravotnického materiálu se významně snižuje riziko přenosu infekce sdílením stříkaček, popřípadě dalších komplikací způsobených opakovaným používáním stříkaček. Výměna injekčního materiálu hraje ale také důležitou roli v navázání kontaktu s cílovou populací.

b) Motivace ke změně

Jak jsem již uvedl, abstinence není hlavním cílem metod HR. Přesto motivace směrem k méně rizikovému způsobu života až k možné abstinenci má být do jisté míry náplní každého nízkoprahového programu (Kalina et al, 2003). Metoda motivačních rozhovorů, jak ji popsal Miller a Rollnick (2002) ve své knize

Motivační rozhovory je aplikovatelná nejen při práci na změně celého životního stylu, ale taktéž při krátkodobějších cílech, jako je motivace ke zvládnání a používání bezpečnější aplikace návykových látek.

c) Edukace

Distribuci zdravotnického materiálu určeného pro injekční aplikaci doprovází edukace o správném způsobu aplikace. Klienti se učí, že některé způsoby aplikace drog jsou méně škodlivé, a pracovníci nízkoprahových programů je dále instruují, jaký další zdravotnický materiál používat a především, jak jej používat správně. Projevuje se zde tak již zmiňovaný pragmatizmus. Pokud nemůžeme uživatele drog přimět k abstinenci, je na místě je informovat, že existují bezpečnější způsoby aplikace obecně (míněno jako motivace k přechodu od injekční aplikace např. k perorální) nebo konkrétní bezpečnější postupy injekční aplikace. Veškeré tyto informace jsou určené pro specifickou skupinu osob, jedná se o aktivní uživatele, popřípadě experimentátory, tedy osoby, které zkušenost s návykovou látkou již mají. Pokud se tyto informace, například v podobě tištěných materiálů, dostanou mimo tento specifický sektor, mohou být chápány jako návod či dokonce jako nabádání k braní drog (Kalina et al, 2003).

Součástí edukace není pouze téma bezpečnější aplikace, ale vztahuje se také k dalším možným rizikům spojených rizikovým způsobem života. Jedná se zde například o předávání informací o možných zdravotních komplikacích a z nich vyplývajících opatření, varování před nebezpečím předávkování a informování o metodách, jak riziko minimalizovat, instrukce o bezpečnějším sexu. Jak již bylo předestřeno, cílem HR nemusí být jen somatická rizika, informace a následné intervence je třeba směřovat také na psychickou, duševní či sociální oblast uživatele drog.

d) Sociální oblast a poradenství

Program aplikující HR přístup se má také zaměřovat na sociální oblast. Vhodným poradenstvím se může předcházet sociálnímu propadu jedince a předejít tak úplnému sociálnímu debaklu.

Ve svém důsledku může být jako HR metoda chápáno i právní poradenství, na jehož základě lze předcházet zbytečným škodám v klientově životě, které by mohly nastat například v důsledku neznalosti jeho práv a povinností. Podobně je tomu například u krizové intervence. Úspěšnou aplikací metod krizové intervence ve správný čas může být zabráněno vzniku dalších zdravotních následků, traumatizace či dokonce smrti.

2.3. Aplikační místnosti – základní popis a definice

V této části práce se dostávám ke konkrétnímu typu služby, která staví na základech filosofie HR a je zacílena na uživatele drog. Jedná se o součást sítě služeb, které můžeme nazvat jako nízkoprahové, ačkoliv „prahovost“, tedy především podmínky vstupu do programu, se mohou u jednotlivých AM lišit. Do sítě těchto služeb patří dále především terénní programy a kontaktní centra.

Zatímco v roce 2013 v České republice registrujeme 61 kontaktních a poradenských služeb (zařízení typu kontaktní centrum pro uživatele drog) a 56 terénních programů zaměřených na uživatele drog (zdroj: Mapa pomoci na webu drogy-info.cz), nebyl program AM v České republice dosud realizován. Při následujícím popisu vycházím tedy především ze zahraniční praxe a zkušeností zpracovaných v odborné literatuře.

AM se dají definovat takto:

AM jsou chráněná místa pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod supervizí školeného personálu (Akzept, 2000). Tvoří specializovanou drogovou službu v širší síti služeb pro uživatele drog a obvykle je služba provozována v oddělených prostorách již existující jiné služby pro uživatele drog nebo lidi bez domova (Hedrich, 2004).

Základním cílem AM je podchytit a řešit problémy specifické, často vysoce rizikové, populace uživatelů drog. Nejčastěji se zaměřuje na injekční uživatele (v

praxi se setkáváme ale i s AM pro ne-injekční uživatele) a osoby, které si aplikují drogy na veřejnosti (Hedrich, 2004).

2.3.1. Historie a rozvoj aplikačních místností

První HR programy se objevují v Holandsku a Švýcarsku počátkem 80. let 20. století. Je to také právě Švýcarsko, kde se v roce 1986 otevírá první AM. Po zřízení první AM v Bernu brzy následuje také otevření AM v městech Basilej, Lucern a St. Gallen. V těchto případech se již jednalo o odborná zařízení, ne tedy o tzv. shooting galleries, které nelze s AM zaměňovat. Shooting galleries jsou obvykle místa používaná k aplikaci drog, která nemají oficiální charakter, mohou být provozovány např. dealery drog či samotnými uživateli drog. Tato aplikační místa vznikala přirozeně a pravděpodobně mnohem dříve, než strukturované oficiální MP. Více se jednotlivým formám AM budu věnovat v samostatné části práce.

Vznik AM ve Švýcarsku byl reakcí na epidemii injekčního užívání drog v 80. letech 20. století a byl logickým pokračováním snah o ovlivnění epidemiologie HIV/AIDS. Další důležitým motivem pro spuštění AM bylo také omezení veřejného nepořádku (Hunt, 2010). Tato skutečnost, tedy motiv omezení veřejného nepořádku, je pro vznik AM historicky typický. Potvrzuje to vývoj i v dalších zemích.

Například Německo otevírá první AM na svém území v roce 1994 ve Frankfurtu nad Mohanem a následně počet zařízení i v dalších městech přibývá. Pohnutkou pro rozvoj tohoto typu služeb se stává rostoucí míra zdravotních dopadů a sociálního vyloučení tzv. „hard-core“ uživatelů drog na otevřené drogové scéně (Federal Ministry of Health and Social Security, 2003).

Pro vznik HR služeb zaměřených na problémové uživatele drog tak přibývá nový, dosud nepřiliš akcentovaný argument. Kromě zdravotních a sociálních důvodů se objevuje snaha o redukci, popřípadě kultivaci otevřené drogové scény a zmírnění dopadů na veřejný pořádek.

Programy AM, které jsou postupně ve světě realizovány, vznikají v rámci uplatňovaného právního systému daných zemí jako samostatné právní subjekty, jako součást zdravotnického zařízení, velmi často jako součást nevládní organizace nebo jako součást místní státní nebo veřejné zdravotní služby. Ve většině zemí se toto ale neobešlo bez úpravy právních předpisů, které by dekriminlizovaly užívání drog v AM a upravily jejich provoz (Schatz & Nougier, 2012). Proto, aby AM mohla zahájit provoz bez legislativních úprav, v některých zemích byla AM spuštěna jako součást vědeckého projektu a byla takto realizována po řadu let. Příkladem může být například Kanada nebo Austrálie.

Pro rozvoj AM ve světě může být určitou překážkou poněkud zdrženlivé stanovisko Mezinárodního výboru pro kontrolu narkotik (INCB), který je součástí struktur OSN. Tento výbor se v historii opakovaně k provozování AM vyjadřoval v negativním smyslu s tím, že jejich existence je v rozporu s mezinárodně platnými úmluvami. Ve své zprávě z roku 1999 INCB například uvádí, že: „každý národní, státní nebo místní orgán, který umožňuje zřídit a provozovat AM, tím napomáhá nedovolenému obchodu s drogami.“ (Taylor & Jelsma, 2012).

Počet provozovaných AM ve světě nicméně dokazuje, že rozvoj AM není těmito stanovisky výrazně ohrožen. Navíc tento negativně pojatý výklad mezinárodních úmluv, který prezentovalo INCB, není všeobecně přijímán a to dokonce v rámci jedné organizace, tedy OSN. V roce 2002 přichází UNODC (Úřad pro drogy a kriminalitu, OSN) se závěrem, že tyto opatření v rozporu s úmluvami nejsou. V rámci mezinárodního práva a politiky je tedy možné pozorovat určitou nejednotu vyplývající z kontroverze tématu, nicméně v praxi řada zemí světa AM do své sítě služeb řadí.

V současné době existuje na 90 oficiálních AM v celkem 8 zemích světa (Schatz & Nougier, 2012). Těmito zeměmi jsou Austrálie, Kanada, Švýcarsko, Nizozemí, Německo, Španělsko, Norsko a Lucembursko. V dalších zemích probíhá aktuálně diskuze o případné realizaci AM.

2.4. Indikátory potřeby

AM jsou pevnou součástí sítě služeb zaměřených na uživatele drog řady evropských měst i měst mimo Evropu, jak vyplývá z předchozí části. Zdaleka ne všechny evropské metropole ovšem tyto služby využívají. Existuje proto logická otázka, jaké jsou indikátory potřeby AM, tedy co poukazuje na potřebu vzniku AM v daném městě.

Mezinárodní zkušenost ukazuje, že existence AM je typická pro města, kde je drogová problematika velmi výrazná, jinými slovy, kde je doložitelná dlouhodobá existence otevřené drogové scény a s ní spojené negativní dopady. Realizace AM se tedy řídí především místními potřebami spojenými zájmem o zdraví a životní podmínky uživatelů drog a veřejný pořádek, respektive evidovaným porušováním veřejného pořádku (Hunt, 2008).

Podle Hunta (2008) tvoří priority určující vznik AM dvě hlavní oblasti. První oblastí je obava o zdraví, především pak riziko předávkování. Vysoká míra předávkování mezi uživateli drog byla jedním z hlavních motivů spuštění provozu AM v několika zemích. Druhou prioritou, která má vliv na rozhodnutí k realizaci AM je téma veřejného pořádku. Z historie AM ve světě vyplývá, že obě skupiny priorit hrály při rozvoji AM svoji roli.

Hunt (2008) dále ve své publikaci *Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK* mezi nejvýznamnější indikátory potřeby AM řadí:

- Zvýšenou prevalenci problémové užívání drog v populaci,
- vysokou míru bezdomovectví mezi místní skupinou problémových uživatel drog,
- vyšší výskyt předávkování (fatálních i nefatálních),
- nízkou úroveň hygieny spojenou s injekční aplikací drog a s tím spojenými zdravotními problémy virového a bakteriálního původu,
- vysoký počet nálezů použitého injekčního materiálu na veřejných místech,
- vysoký počet případů užívání drog na veřejnosti.

Přítomnost těchto indikátorů poukazuje na skutečnost, že existuje možná potřeba realizace AM v dané lokalitě s odkazem na potenciál AM redukovat výskyt některých nežádoucích jevů spojených s drogovou problematikou. Jedná se například o výskyt předávkování, aplikace drog na veřejnosti aj. Více o dopadech realizace a hodnocení činnosti AM v samostatné kapitole.

Indikátory potřeby se podrobně zabývá Hunt (2006) také v odborné práci *Indicators of the need for drug consumption rooms in the UK*. Na základě východiska, že hlavními oblastmi dopadů AM je zdraví a sociální inkluze drogových uživatelů a veřejný pořádek, rozpracovává tato široká témata v podrobnější analýze poměrů ve Velké Británii. V oblasti zdraví identifikuje mezi významnými indikátory například úroveň hygieny, prevalenci krví přenosných infekčních onemocnění a dalších somatických komplikací spojených s užíváním drog, výskyt předávkování a úmrtí spojených s předávkováním aj. Pro oblast veřejného pořádku se zaměřuje na výskyt otevřené drogové scény ve zkoumané lokalitě, míru užívání drog na veřejnosti apod.

2.4.1. Situace v Praze

Následující přehled mapuje situaci v hl. m. Praze z hlediska výše popsaných indikátorů.

a) Prevalence problémové užívání drog v populaci

Prevalenční odhady počtu problémových uživatel drog v hl. m. Praze oscilují v poměrně širokém rozmezí. Důvodem je jednak rozdílná metodika prevalenčních odhadů, svůj podíl na této skutečnosti může mít také relativní proměnlivost velikosti drogové scény v závislosti na ročním období a týdenním cyklu. Je zřejmé, že během víkendů může scéna růst díky mimopražským uživatelům drog cestujícím do Prahy, shodně může scéna reagovat na specifické roční období a s ní spojené zvyky uživatelů drog (např. sezónní cestování mimo Prahu na maková pole aj.). Podle Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010 se v Praze odhaduje 6600 problémových uživatelů drog

(prevalenční odhad 7,7/1000 obyvatel), Výroční zpráva o stavu ve věcech drog NMS² za rok 2010 na základě multiplikačního odhadu udává 11 350 problémových uživatelů. Metodou zpětného zachytu využívající data o překryvech kódovaných klientů mezi nízkoprahovými programy v roce 2011 v Praze byl odhadnut počet problémových uživatelů drog na 8 až 10 tis. osob (Mravčík et al., 2012).

V celé České republice v roce 2011 dosáhla střední hodnota odhadu počtu problémových uživatelů drog odhadovaný multiplikací počtu klientů nízkoprahových programů na 40,2 tis. osob. Na základě mezinárodního srovnání, podle dostupných dat EMCDDA, Česká republika z pohledu výskytu problémové užívání drog v populaci nevyčnívá nad průměr Evropy a naopak patří mezi země s nižšími prevalenčními odhady (EMCDDA, 2012). Toto se týká především užívání opioidů. Prevalence problémového užívání amfetaminů v České republice je zahodována na 3,7 až 3,9 případu na 1 000 osob ve věku 15–64 let, čímž se naše země řadí mezi průměr evropských států (EMCDDA, 2012). Je ovšem třeba upozornit na skutečnost, že Praha patří mezi lokality, kde je odhadována až ¼ z celkového počtu problémových uživatel drog a prevalence toho jevu je zde mnohem vyšší, nežli v ostatních místech republiky.

Česká republika patří mezi země s extrémně vysokým podílem injekčního užívání v populaci problémových uživatel drog. Počet injekčně aplikujících uživatel drog je odhadován na cca 38,6 tisíc, což je více než 90 % všech odhadovaných problémových uživatelů. Z pohledu převažujícího způsobu aplikace drog mezi problémovými uživateli drog je situace v České republice velmi riziková z důvodu vysoké rizikovosti injekčního užívání pro přenos infekčních onemocnění i dalších somatických komplikací.

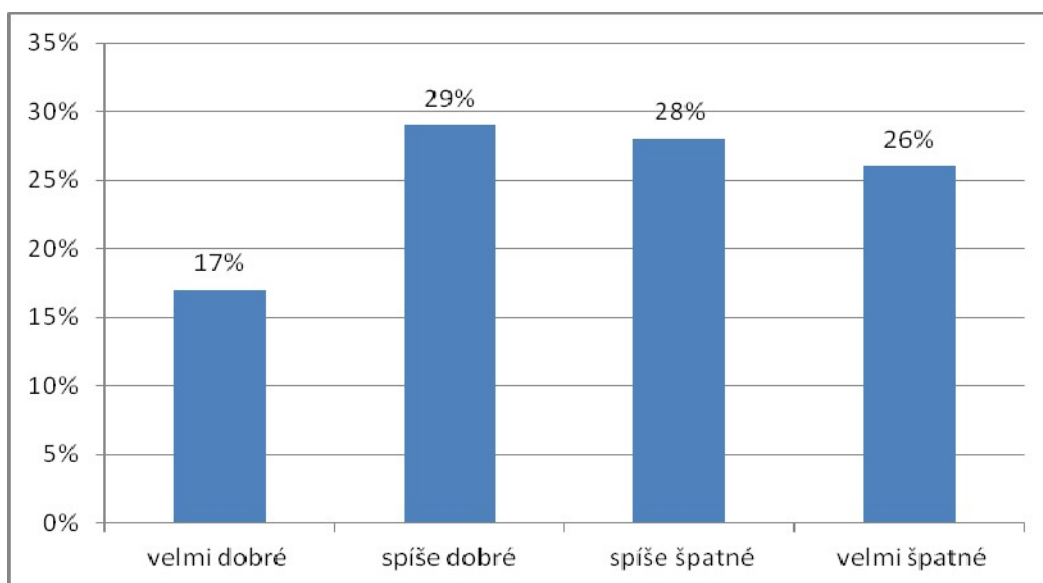
² Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

b) Míra bezdomovectví mezi skupinou problémových uživatelů drog

Na základě hlášení adiktologických služeb o všech léčených uživatelích drog v hl. m. Praze uvádí Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010, že přechodné bydliště, pobyt v nějakém zařízení či dokonce bezdomovectví udává 34,7 % uživatelů drog.

Analýzou potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze realizovanou v roce 2008 bylo zjištěno, že ze vzorku 65 uživatelů drog hodnotila čtvrtina osob své bydlení jako velmi špatné (Morávek, Šíp, & Veis, 2008). Spokojenost se stavem bydlení a situací mezi skupinou problémových uživatelů drog ilustruje dále graf vytvořený v rámci této analýzy.

Graf 1: Rozložení spokojenosti s bydlením ve vzorku kriminálních uživatelů drog v Praze (N=65)



Zdroj: Morávek, J., Šíp, J., Veis, Š. (2008). Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze - závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: sdružení Sananim.

Z dostupných dat o léčených uživatelích drog Hygienické stanice hl. m. Prahy z roku 2012 vyplývá, že pouze 45 % z celkového počtu 5769 léčených uživatelů drog od 1. 1. 2012 udává stálé bydliště.

Statisticky významný vzorek a představu o sociální situaci cílové populace problémových uživatelů drog v hl. m. Praze nám dávají výsledky mezinárodního projektu IMPACT (Minařík & Vejrych, 2012), kterého se v roce 2011 až 2012 zúčastnilo o.s. Sananim. Ve vzorku 869 oslovených respondentů bylo identifikováno 51,8 % osob bez domova.

c) Prevalence krví přenosných infekčních onemocnění

AM jsou jedním z prvků systému služeb snižující dopady problémové užívání drog, mají svůj podíl na prevenci prevalence infekčních onemocnění (HIV/AIDS, virové hepatitidy) v rizikové populaci i v obecné populaci. V České republice je z tohoto pohledu situace poměrně stabilizovaná, v mezinárodním srovnání se situace v České republice jeví jako pozitivní. Toto platí především pro prevalenci HIV infekce, kdy v roce 2011 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu této infekce mezi (injekčními) uživateli drog - proměněnost je stále pod 1 %, z celkového počtu 1675 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, které byli do roku 2011 diagnostikovány, je pouze 76 (4,5 %) injekčních uživatelů (Mravčík et al., 2012). Vyšších hodnot dosahuje prevalence v národních vzorcích například v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Estonsku a Lotyšsku, ale také v dalších, především regionálních vzorcích jiných zemí (EMCDDA, 2012).

Prevalence virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog se v závislosti na charakteristikách a výběrových kritériích vyšetřovaného vzorku pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích a až 70 % u uživatelů drog v substituční léčbě (Mravčík et al., 2012). Město Praha, stejně jako Ústecký kraj, patří v kontextu České republiky mezi nejohroženější lokality, kde lze očekávat vyšší hodnoty výskytu hepatitidy typu C populaci problémových uživatel drog. V rámci mezinárodního projektu IMPACT (zmiňovaného rovněž v předchozí kapitole) creeningem na virovou hepatitidu typu C bylo zjištěno 31,13 % reaktivních výsledků.³ K následnému potvrzení pozitivity došlo na základě

³ Reaktivita v tomto případě neznamená pozitivní nález, tento výsledek je třeba dále confirmovat ze vzorku žilní krve.

testu z žilní krve u 13.50 % testovaných osob, nicméně u necelých 85 % osob nešlo k následné confirmaci (vyvrácení či potvrzení) reaktivního výsledku orientačního testu z důvodu nedostavení se k následnému odběru krve. V mezinárodním měříku patří Česká republika mezi evropský průměr.

d) Výskyt předávkování (fatálních i nefatálních)

Podle Výroční zprávy Hygienické stanice hl. m. Prahy bylo v roce 2010 nahlášeno v ČR celkem 849 případů akutních intoxikací či jiných akutních zdravotních komplikací (poruchy srdečního rytmu, respirační insuficience aj.) v souvislosti s užitím drogy. Za rok 2011 udává zpráva téže instituce 805 případů. Hl. m. Praha představuje 0,6 % výše zmíněných případů za rok 2010, respektive 1,0 % za rok 2011. Jedná se o nahlášené případy, celkový počet předávkování je pravděpodobně vyšší.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog NMS za rok 2010 udává, že podle informací z registru pitvaných na soudnělékařských odděleních došlo v r. 2010 k identifikování 55 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v celé České republice.

Hl. m. Praha ve výroční zprávě za rok 2008, která jako zatím poslední udává počet fatálních případů předávkování, hlásí za rok 2008 celkem 9 úmrtí nahlášených na policii pro podezření z předávkování drogou. Zpráva tento údaj hodnotí jako statistický průměr oproti jiným letům. Za rok 2009 udává zpráva k polovině května 6 úmrtí. Jako příčina převažuje předávkování heroinem.

Podle informací z registru pitvaných na soudnělékařských odděleních došlo v r. 2011 k výraznému poklesu počtu identifikovaných smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami na celkem 28 případů, zejména vlivem poklesu smrtelných předávkování opiáty/opioidy z 19 na 6 případů a těkavými látkami z 16 na 4 případy (Mravčík et al., 2012).

e) Počet nálezů použitého injekčního materiálu na veřejných místech

Pro určení kvalifikovaného odhadu počtu nalezených stříkaček v hl. m. Praze jsem přistoupil k oslovení nejvýznamnějších institucí, které se sběrem a likvidací tohoto materiálu zabývají (dopis žádosti o sdělení dat v příloze č. 1). Záměrem bylo získat oficiální statistiky těchto institucí za rok 2012, na jejichž základě by bylo možné provést celkový kvalifikovaný odhad. Získané statistiky jsou zaneseny v tabulce č. 2.

Těmito institucemi jsou nízkoprahové programy, tedy především terénní programy složené z profesionálních pracovníků a terénní program externích pracovníků (aktivní uživatelé drog). Pro účely této práce byly osloveny 3 terénní programy a 2 týmy externích terénních pracovníků. Na likvidaci použitých injekčních stříkaček se v hl. m. Praze zaměřuje také program speciálních kontejnerů pro likvidaci použitého injekčního materiálu (projekt FIXPOINT, PROGRESSIVE o.s.), které jsou instalovány na veřejně dostupných místech. V roce 2012 bylo dostupných v Praze 9 kontejnerů.

Na sběru a likvidaci použitého injekčního náčiní se dále významně podílí Městská policie hl. m. Prahy. Zde bylo snahou získat celková data o činnosti městské policie za celou Prahu.

Likvidací použitých stříkaček se zabývají také lékárny. Nicméně není to zcela určité pravidlem všech lékáren. Dle ustanovení § 89 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, je lékárna povinna převzít pouze nepoužitelná léčiva včetně jejich obalů, která jí byla odevzdána fyzickými osobami. Nepoužitelnými léčivy se rozumí nespotřebovaná léčiva, léčiva s nevyhovující jakostí, s prošlou dobou použitelnosti, zjevně poškozená či uchovávaná za jiných než předepsaných podmínek. Tato nepoužitelná léčiva musí být odstraněna, včetně svých obalů tak, aby nedošlo k ohrožení života a zdraví lidí nebo zvířat anebo ohrožení životního prostředí. Tento zákon mnoho lékáren interpretuje tak, že příjem použitých stříkaček je pouze dobrovolnou volbou dané lékárny. Pro ověření současného stavu jsem oslovil 5 lékáren v centru města

Prahy, které se vyskytují v blízkosti otevřených drogových scén (MČ Praha 1 - Muzeum, MČ Praha 2 - Karlovo náměstí, MČ Praha 5 - Anděl). Výsledkem bylo zjištění, že použité injekční stříkačky přijímaly pouze 2 lékárny. Jejich zkušenost s likvidací přinesených stříkaček je ovšem také minimální, této možnosti dle vyjádření personálu využívá minimum lidí. V případě oslovených lékáren, které stříkačky přijímaly se tak v součtu jednalo o jednotky přijatých stříkaček během 1 roku.

Tabulka 2: Přehled získaných dat o sběru injekčních stříkaček v hl. m. Praze za rok 2012

Instituce	Uvedený počet stříkaček	Poznámka
Terénní programy	8614	
Externí terénní pracovníci	4600	Částečně kvalifikovaný odhad
Kontejnery FIXPOINT	998	
Městská policie hl. m. Prahy	7000	Kvalifikovaný odhad
Celkem	21212	

Při stanovení kvalifikovaného odhadu je potřeba kromě získaných statistik vzít v úvahu likvidované stříkačky lékárnami, dále stříkačky nalezené a zlikvidované veřejností a v neposlední řadě velké množství stříkaček je zlikvidováno Pražskými službami, společností, která se zabývá úklidem ulic a parků. Tato instituce, kterou jsem taktéž oslovil, není schopna přesné číslo určit, konkrétní statistiky nejsou vedeny. Odhad 25 000 – 30 000 kusů je tak kvalifikovaným odhadem skutečně nalezených stříkaček předaných k odborné likvidaci, kdy byl ke zjištěnému součtu stříkaček přičten odhad stříkaček zlikvidovaných lékárnami, veřejností a Pražskými službami.

f) Počet případů užívání drog na veřejnosti

Injekční aplikace drog na veřejnosti je jedním z průvodních jevů otevřené drogové scény. Konkrétní evidence případů aplikace drog na veřejnosti, na základě které by šlo tento jev blíže kvantifikovat, neexistuje. Jediným možným vodítkem

mohou být policejní záznamy, kdy je aplikace drogy na veřejnosti řešena jako přestupek, nicméně toto není dostatečné pro úplnou představu o četnosti výskytu tohoto jednání v Praze. Pravděpodobně většina případů nebývá oznámena a v statistikách se tedy nezobrazí.

Na toto chování problémových uživatelů drog je společensky silně negativně nahlíženo. Fenoménu aplikace drog na veřejně dostupných místech je věnována část kvalitativní studie v druhé části práce. Ačkoliv výzkum nemá kvalitativní a reprezentativní charakter, lze z výpovědi respondentů vyvodit domněnku, že se jedná o relativně velmi časté chování uživatelů drog, kteří se vyskytují na otevřené drogové scéně, respektive se jedná o fenomén, se kterým je možné se velmi pravděpodobně setkat při pobytu v centrálních částech Prahy, kde se také obvykle formuje otevřená drogová scéna.

2.5. Formy aplikačních místností

Před popisem jednotlivých druhů AM považuji za nutné znovu vymezit, co pro účely práce není považováno za AM. Za AM nejsou považovány tzv. shooting galleries, které sice nabízejí možnost aplikace návykové látky mimo otevřenou drogovou scénu nebo veřejná prostranství, jedná se nicméně o neoficiální zařízení bez odborného zaštitění. Vznik těchto míst určených pro skrytou aplikaci drog, která vznikala pravděpodobně dlouho před vznikem oficiálních AM, poukazuje na skutečnost, že mezi uživateli drog existuje poptávka po službě, která by jim umožnila provést aplikaci mimo exponovaná místa.

V praxi můžeme najít tři základní typy fungujících AM. Hedrich (2004) rozlišuje tyto hlavní modely AM: integrované, specializované a neformální. Vzhledem k výše zmíněnému, tedy že neoficiální shooting galleries nejsou zařízení odborná (profesionální) a nelze je tedy označovat za AM ve smyslu této práce, není toto dělení optimální. Nicméně pro úplnost uvádím v následující části krátký popis i pro tuto formu chráněného místa pro aplikaci drog.

a) Integrovaná AM

Jedná se o nejčastější typ AM, který je ve světě realizován. Důvodem je postupný rozvoj služeb, kdy AM vznikla v průběhu historie jako součást nějakého již fungujícího zařízení. Dohled nad aplikací je prováděn v oddělené části zařízení, do níž je vstup kontrolován a která je otevřena pouze omezené skupině klientů, jako pouze jedna z mnoha dalších poskytovaných služeb.

V kontextu české sítě služeb zaměřených na uživatele drog lze charakterizovat fungování těchto AM jako rozšíření dnes fungujících kontaktních center. Tento postup je poměrně logický, protože se jedná o zařízení, která jsou mezi uživateli drog známá, a lze usuzovat, že by tak nová služba byla automaticky využívána.

Proti tomuto úsudku lze namítnout, že umístění kontaktních center se ne vždy kryje s výskytem otevřené drogové scény. Vzhledem k jednomu z cílů AM, tedy snížení aplikace drog na veřejných místech, se toto jeví jako rizikové. Odborná literatura se obecně shoduje, že umístění AM v blízkosti otevřené drogové scény zvyšuje pravděpodobnost omezení nežádoucích jevů, jako je např. zmíněná aplikace návykových látek na veřejných místech.

Tento typ v zahraničí fungujících AM se zaměřuje také na širší cílovou skupinu. Není tedy určena pouze pro uživatele návykových látek, ale také např. pro osoby bez domova (Hunt, 2010). Ze své podstaty také tato zařízení vyhledávají uživatelé drog nejen za účelem aplikace drog, ale také pro využití některé z dalších služeb (poradenství, nabídka zaměstnání apod.).

b) Specializovaná AM

Tento typ AM je úzce specializován na cílovou skupinu uživatelů drog a jejich hlavní náplní činnosti je provoz aplikační místnosti. Z praxe vyplývá, že tato zařízení bývají umístována v blízkosti významných drogových trhů s koncentrovanou drogovou scénou (Hunt, 2010). V těchto místech lze očekávat vysokou poptávku po aplikaci návykové látky. Takto profilované AM jsou méně časté nežli předchozí forma.

c) Neformální AM

Jedná se o zařízení nebo lépe prostor, které je využíván pro aplikaci drog a je provozován stávajícími nebo bývalými uživateli drog. Nejedná se o odbornou institucionální formu AM, ale spíše o program svépomocný v rámci skupiny uživatel drog. Tato služba bývá tolerována úřady a policií, tak tomu je například v případě Nizozemí, kde byl tento druh AM popsán (Hunt, 2010).

Při definování druhů provozovaných AM můžeme dále najít zařízení stacionární a mobilní. Mobilní zařízení AM je využíváno například v Německu, v Berlíně fungují 2 takto upravené automobily (Köthner, Langer, & Klee, 2011).

Automobil upravený po potřeby AM se pohybuje po otevřené drogové scéně a nabízí možnost chráněného místa pro hygienickou aplikaci drog. V praxi tento typ AM funguje tak, že existuje trasa automobilu, která kopíruje problematické lokality ve městě, kde se vyskytuje otevřená drogová scéna a v těchto místech setrvává po určitý čas v pravidelnou denní dobu. Jednou z výhod tohoto typu služby je možnost reagovat na aktuální vývoj drogové scény a v případě zjištění změny situace je možnost upravit trasu automobilu a tak efektivně oslovit cílovou populaci.

Je možné se domnívat, že na rozdíl od kamenného zařízení nevyvolává mobilní AM takové negativní postoje jako kamenné zařízení, právě kvůli své pohyblivosti a tedy časté změně místa. Na druhou stranu události z podzimu 2012, kdy o.p.s. Drop-in hledal místo pro umístění metadonového programu dočasně odkázaného na výdej z autobusu ukazují, že ani toto není zárukou bezproblémového fungování. Toto téma, tedy výhody či nevýhody mobilní a stacionární AM, je jednou z oblastí výzkumné části práce.

Mezi další významné rozdíly ve fungování mobilní AM a kamenného zařízení patří délka možného pobytu klienta v AM a případně spektrum poskytovaných služeb. Na rozdíl od kamenného zařízení, kde klient může setrvat běžně hodinu i

po neomezený čas, mobilní AM je limitována kapacitou a klient tedy většinou po aplikaci odchází, aby uvolnil místo. Tato skutečnost samozřejmě ovlivňuje i možné spektrum dalších nabízených služeb, především z důvodu časových možností, které služba nabízí.

2.5.1. Formy aplikačních místností podle způsobu užívání návykové látky

V praxi se setkáváme s rozdílným přístupem provozovaných AM k umožnění aplikovat návykovou látku určitým způsobem. Převažují AM umožňující injekční užití, nicméně i podmínky pro další formy aplikace (inhalace, šňupání) bývají v některých AM dostupné.

Existují země, kde jsou dostupné pouze AM určené pro injekční aplikaci drog. Zástupcem těchto zemí je například Kanada nebo Austrálie. Švýcarsko, Německo nebo Nizozemí, jsou naopak příkladem zemí, kde jsou AM určené jak pro injekční uživatele, tak i pro uživatele, kteří aplikují drogu inhalací (například přes hliníkovou folii nebo dýmku). Obvykle se jedná o jedno zařízení AM, které nabízí službu oběma skupinám uživatelů. Zajímavé je podotknout, že k umožnění aplikace návykové látky inhalací bylo přistoupeno až po určité době fungování AM určené pouze pro injekční uživatele. Jedná se o případ Švýcarska, kde teprve od roku 2001 bylo několik zařízení rozšířeno o prostory pro aplikaci drogy inhalací (kouřením). V současnosti je jedna třetina tamějších zařízení vybavena pro inhalaci i injekční aplikaci. Obdobný vývoj měly AM taktéž v Nizozemsku, kde v souladu s klesajícím výskytem injekčního užívání všechny AM poskytují služby jak lidem užívajícím drogy injekčně, tak i těm, kteří je inhalují (Hunt, 2010).

Důvodem pro otevření služeb AM i pro uživatele, kteří drogu inhalují, může být jednak změna na drogové scéně, kdy dochází ke změně v preferencích zneužívaných drog, důvodem však může být také uplatňování principu HR, kdy jsou injekční uživatelé motivováni ke změně způsobu užívání drogy z vysoce rizikového (injekčního) na méně rizikové (inhalace).

V *Přehledu modelů zajišťování aplikačních místností* (Hunt, 2010) je také popsán případ Švýcarské AM, kde součástí zařízení je hygienický pult z nerezové oceli, který uživatelům slouží ke šňupání drog. Toto vybavení je poskytováno proto, že a) umožňuje cílenou podporu šňupání jako bezpečnější alternativy k injekční aplikaci, b) přispívá ke snížení míry obtěžování okolí lidmi užívajícími tento způsob aplikace.

2.6. Cíle AM

Autoři odborné literatury (např. Hedrich, 2004; Hunt, 2010) se shodují na třech hlavních oblastech cílů AM. Jedná se o ochranu zdraví a veřejného pořádku a bezpečnosti. Oblast zdraví, respektive cíle AM směřující ke zdraví, jsou dále autory rozpracovány na konkrétní cíle. Za cíl AM je dále považováno samotné poskytnutí prostředí pro bezpečnější užití drogy (Rhodes & Hedrich, 2010). Shrnutí jednotlivých cílů AM, výstupů včetně indikátorů hodnocení těchto výstupů je na konci kapitoly shrnuto v tabulce 3. Níže se nachází rozbor hlavních oblastí cílů AM.

2.6.1. Cíle AM směřující k oblasti zdraví

Na zdravotní dopady provozu AM lze nahlížet ze dvou základních pohledů. Prvním hlediskem je ochrana veřejného zdraví na základě filozofie public health. Svým charakterem se AM řadí mezi nízkoprahové HR služby, které mají kromě cíle působit na jedince zneužívající návykové látky, také celospolečenské dopady. Jedná se především o vliv na prevalenci infekčních onemocnění HIV/AIDS a virových hepatitid a ochrana před dalšími negativními důsledky fenoménu především problémového užívání drog na veřejné zdraví. Ačkoliv se jedná o významnou a neopomenutelnou část cílů AM, není tato oblast primárním tématem práce. Ačkoliv nelze z podstaty problematiky oblast veřejného zdraví oddělit od zdraví klienta AM, budu se nadále zaměřovat na cíle z oblasti zdraví, které mají vliv především na konkrétního jedince.

Jedním z nejzákladnějších cílů AM je umožnit přežití, tedy nabídnout bazální pomoc. Dále se jedná o podporu zdraví osob užívající drogy, minimalizaci škod způsobených formou užívání drog a rizikovým způsobem života, obecně zbránit fyzickým, psychickým a sociálním dopadům (Köthner, Langer, & Klee, 2011).

Hedrich (2004) popisuje 3 základní cíle AM snižující zdravotní rizika problémového užívání drog:

- Poskytnutí bezpečného a hygienického prostředí pro užití drogy.
- Snížení mortality a morbidity cílové populace.
- Stabilizace zdravotního stavu klientů AM.

Tyto obecné cíle lze dále rozvést do konkrétních aktivit (cílů).

a) Prevence krví přenosných infekcí a dalších somatických komplikací

Podmínky, které zaručují vyhovující hygienické podmínky, snižují riziko přenosu krví přenosných onemocnění a také snižují výskyt dalších somatických poškození spojených s užitím drogy nevhodným (rizikovým) způsobem nebo v nevyhovujících hygienických podmínkách. Zařízení zajistí klientovi sterilní materiál pro aplikaci drogy a samotná aplikace probíhá v atmosféře bez nadměrného stresu, který může být důvodem, proč uživatel drog při aplikaci drogy v nevyhovujícím prostředí volí rizikové způsoby aplikace, případně si aplikací ve stresu způsobuje nadměrná poškození.

b) Prevence předávkování a jejich důsledků

Dohled školeného personálu v zařízení dovoluje v případě neočekávaného účinku drogy nebo v případě předávkování poskytnout okamžitou první pomoc a zprostředkování případné další návazné pomoci. Personál AM ovšem zajišťuje nejen první pomoc, ale poskytuje klientům i také informace a doporučení, které mají předávkování předejít a toto riziko minimalizovat i do budoucna.

Preventivní opatření nemají pouze život a zdraví zachraňující důvody, jedná se ale také o snahu předejít případné nákladné urgentní zdravotnické péči nebo

hospitalizaci, která představuje nemalé náklady na zdravotnický systém státu (Köthner, Langer, & Klee, 2011).

c) Zvýšení povědomí o rizicích užívání drog a edukace o bezpečnější aplikaci drog

Jedním ze smyslů supervidované aplikace drog školeným personálem je předávat informace o bezpečnější aplikaci drog a edukovat o jednotlivých rizicích spojených s užívanými návykovými látkami a jejich způsobu aplikace. Jedná se o naplňování principů harm reduction.

d) Integrace AM do systému dalších služeb pro uživatele drog a zdravotních služeb

Cílem AM je nejen poskytnout bezpečné a hygienické místo pro užití návykové látky pod dohledem odborného personálu, ale také nabídnout a zprostředkovat další služby, ať už v rámci spektra služeb AM nebo i v rámci celé návazné sítě dalších programů pro uživatele drog. AM se obdobně, jako jiné nízkoprahové programy, stávají vstupní branou do systému dalších služeb, nejen zdravotních, ale také léčebných nebo míst další psycho-sociální pomoci. Součástí práce v AM je také práce s motivací uživatelů drog a to nejenom ke změně rizikových vzorců užívání drog, ale také ke změně životního stylu, popřípadě k redukci množství zneužívaných návykových látek až k abstinenci. Shodně jako u ostatních nízkoprahových harm reduction programů se z důvodu charakteru cílové skupiny a reálnosti dosažení nejedná o cíl „první linie“, nicméně motivace směrem k méně rizikovému způsobu života až k možné abstinenci má být do jisté míry naplní každého nízkoprahového programu (Kalina et al, 2003).

e) Kontakt s cílovou populací

V odborné literatuře (Schatz & Nougier, 2012) je dále vyzdvihován potenciál AM iniciovat a kultivovat kontakt s širokou skupinou problémových uživatel drog a tento podíl uživatelů drog v kontaktu s odbornou institucí nadále zvyšovat.

Z pohledu aplikace nástrojů harm reduction a public health je podíl problémových uživatelů v kontaktu se službami důležitým faktorem pro pozitivní výsledky činnosti systému protidrogové prevence.

AM jsou také spojovány s příležitostmi oslovit a navázat tzv. hard-to-reach skupiny uživatelů drog. V obecné rovině lze za tyto skupiny považovat jedince a skupiny, které žijí na okraji společnosti, tvoří tzv. skrytou populaci. Jedná se například o segregované etnické menšiny, osoby bez domova, uživatele drog apod. (Brackertz, 2007). Jedná se o osoby, které se určitým způsobem dostali nechtěně na okraj společnosti nebo o osoby, které záměrně z různých důvodů o kontakt s institucemi nestojí.

V užším pojetí oblasti adiktologie můžeme za hard-to-reach skupiny považovat takovou cílovou klientelu, která je i v rámci klasické cílové skupiny (injekční uživatelé drog) těžko kontaktovatelná. Důvodů je celá řada. Některé skupiny injekčních uživatelů o kontakt s klasickým HR programem nestojí, především z důvodu možné identifikace osoby se skupinou uživatelů drog. Často se jedná obecně o osoby, které v neznámém prostředí jednají s velkou nedůvěrou k okolí. Takovou skupinou mohou být např. imigranti či etnické minority. Mezi tuto skupinu se dále často řadí ženy. Za těžko kontaktovatelné se také považují velmi mladí uživatelé, kteří se z důvodu obavy nebo neochoty HR programům vyhýbají (Islam & Conigrave, 2007).

Specifickou skupinou jsou uživatelé s vyšším sociálním statutem, jimiž může být kontakt s klasickým HR programem subjektivně vnímán jako „krok dolů“. Překážku může představovat také stud. Kalina (2003) v souvislosti se skrytou populací uživatelů drog hovoří o těchto skupinách:

- Experimentátoři - mladí uživatelé v počátečních stádiích drogových experimentů,
- děti ulice, které nacházejí přechodný azyl v drogových bytech a squatech,

- pravidelní uživatelé drog, jejichž zdravotní a sociální situace ještě není debaklová a nejsou motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí. Pravidelným užíváním se myslí minimálně víkendové užívání.

2.6.2. Cíle AM směřující k bezpečnosti a veřejnému pořádku

Tato oblast fungování AM má především tyto dva cíle (Hedrich, 2004):

- Snížení počtu případů aplikace návykových látek na veřejnosti (ulice, park, veřejné toalety apod.).
- Zabránění zvyšování úrovně kriminality v okolí AM.

Cílem AM je ulehčit veřejnému prostoru, snížit dopady fenoménu problémového užívání drog a kultivovat (redukovat) podobu otevřené drogové scény. Lokality zatížené otevřenou drogovou scénou, obvykle se jedná o centrální lokality města, jsou často velmi frekventované a je zde tedy vysoká pravděpodobnost konfrontace veřejnosti s otevřenou drogovou scénou a jejími důsledky. Jedná se tedy například o injekční aplikaci drog a viditelné stopy po této činnosti (pohozené použité injekční stříkačky a další pomůcky používané během aplikace, jako např. desinfekce, voda pro aplikaci atd.).

Pokud existence AM vede k přemístění významného počtu aplikací drog uživateli těchto látek do krytého odborného zařízení, vede toto k úlevě veřejného prostranství a také veřejného mínění. Veškerý materiál sloužící k aplikaci drog, který je během aplikace spotřebován, zůstává v AM a je dále odborně likvidován.

V této souvislosti se někdy hovoří o dvojitých vítězstvích, tedy o vítězství politiky regulace a politiky zdraví (Stöver, 2002). Vzhledem k tomu, že aplikace drog na veřejných místech, jako jsou například nádraží a parky, je ve větších městech poměrně častý jev, je nástroj omezující toto chování na nevhodných místech pozitivně přijímán i policií, jejíž zájmy jsou především regulační. AM v tomto bodě naplňuje očekávání, jak represivních, tak preventivních zastánců.

Tabulka 3: Cíle a výstupy AM (Rhodes & Hedrich, 2010)

Cíle	Výstupy	Indikátory
1. Poskytnutí prostředí pro bezpečnější užití drogy.	a) Dostupnost a akceptace cílovou skupinou. b) Přijatelnost pro okolí. c) Vytvoření podmínek pro bezpečnější a hygienické užití drogy.	Profily klientů, vzorce využívání služby, spokojenost klientů. Reakce místních obyvatel, podnikatelů, policie, politiků Rozličné indikátory.
2. Zlepšení zdravotního stavu cílové skupiny.	a) Omezení rizikového chování. b) Snížení morbidity. c) Snížení mortality. d) Zlepšení přístupu ke zdravotní péči a léčbě.	Užívání drog na ulici, povědomí o rizicích, hygiena injekční aplikace, sdílení pomůcek. Zdravotní komplikace spojené s inj. užíváním, přenos inf. onemocnění. Údaje o předávkování Vstup do léčby, ošetření.
3. Omezení veřejného nepořádku.	a) Snížení užívání drog na veřejnosti. b) Zlepšení veřejného mínění. c) Nezvyšující se drogová kriminalita v lokalitě.	Hlášení o aplikaci drog na veřejnosti, pozorování dopadů na užívání drog na veřejnosti. Vnímané obtíže, pohozené stříkačky na veřejných místech. Statistika trestné činnosti.

2.7. Cílová populace

Podle *Přehledu modelů zajišťování aplikačních místností* (Hunt, 2010) se definice cílové skupiny AM v různých zemích velmi podobá. Nejčastěji jsou za cílovou skupinu tohoto typu zařízení považováni:

- Těžce závislé osoby, které neakceptují/nevyužívají jiné nabídky pomoci; dlouhodobí, „hardcore“ injekční uživatelé drog (Švýcarsko).

- Obtížně dosažitelní závislí uživatelé drog se zvláštním důrazem na injekční uživatele na otevřených drogových scénách (Německo).
- Problematictí pouliční uživatelé drog, tj. dlouhodobě závislí, charakterizovaní užíváním na ulici, narušováním veřejného pořádku a špatným tělesným stavem, chroničtí uživatelé tvrdých drog, kteří nejsou motivováni k léčbě, popřípadě pouliční uživatelé drog s pověstí narušitelů veřejného pořádku (Nizozemsko).
- Uživatelé drog, kteří si injekčně aplikují drogy na veřejných místech anebo o samotě, dále skryté injekční uživatele drog, tj. ty, kteří nejsou v kontaktu se službami (Austrálie).
- Marginalizovaní uživatelé drog, které nelze oslovit tradičními prostředky (Kanada).

Cílovou skupinou AM jsou tedy obvykle specifické vysoce rizikové populace uživatelů drog, zejména injekční uživatelé a osoby užívající drogy na veřejnosti. Převážně se jedná o problémové uživatele drog (dle definice EMCDDA). Populace těchto uživatelů návykových látek je často charakterizována tím, že jejich potřeby nejsou pokryty jinými službami, tedy ani jinými drogovými, sociálními službami nebo institucemi z oblasti prosazování práva (Janíková, 2011).

Poměrně přesný obraz o základních charakteristikách hardcore skupiny uživatelů drog, na které jsou AM zaměřeny především, nám dává studie realizovaná v roce 1995 v Německu ve Frankfurtu nad Mohanem (Kemmesies, 1999, viz tabulky 4 - 6). Zde se nachází jedna z nejstarších německých AM a město Frankfurt se historicky velmi dlouho potýká s problematikou rozsáhlé otevřené drogové scény. Frankfurt nad Mohanem je páté největší město Německa, v roce 2008 činil počet obyvatel 670 095. Frankfurt je multikulturním městem, s významnými obchodními centry, jedná se také o světově významný dopravní uzel. Tyto charakteristiky jsou také předpokladem pro dostupnost nelegálních návykových látek na černém trhu a s tím spojenou existenci otevřené drogové scény.

Tabulka 4: Věkové zastoupení ve zkoumaném vzorku (n=150) hardcore skupiny uživatelů drog ve Frankfurtu (zastoupení/procenta)

20 - 25 let	27/18 %
26 - 30 let	57/57 %
31 - 35 let	34/23 %
> 35 let	32/22 %
průměr	30.6
Min-Max:	20 - 44

Pro srovnání se situací v České republice uvádím data Hygienické stanice hl. m. Prahy mapující věk léčených uživatelů drog. Nejpočetnější skupinu tvoří lidé ve věku od 20 do 34 let, kdy průměrný věk je uváděn 28,5 let. Tento údaj je ovšem třeba interpretovat a porovnávat s údaji s tabulky 4 s vědomím, že se nejedná o zcela shodné skupiny uživatelů drog. Věk léčených uživatelů drog nemusí korespondovat s uživateli drog, kteří se dlouhodobě pohybují na ulici. Klienti kontaktních center, kteří o léčbu požádají, jsou nicméně v této statistice zahrnuti.

Věkové složení populace problémových uživatelů drog v hl. m. Praze poměrně přesně zachycují data mezinárodní studie IMPACT (Minařík & Vejrych, 2012), kdy ve zkoumaném vzorku 869 respondentů bylo nejčetnější skupinou věkové rozmezí 25 – 34 let (celkem 56,3 % respondentů).

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání ve zkoumaném vzorku (n=150) hardcore skupiny uživatelů drog ve Frankfurtu (zastoupení/procenta)

Ve školní docházce	1/1 %
Základní škola / 1. stupeň	72/48 %
Základní škola /2. stupeň	40/27 %
Střední odborná škola	10/6 %
Gymnázium	7/5 %
Bez vzdělání	20/13 %

Opět pro srovnání s populací českých problémových uživatelů drog můžeme uvést výstup ze statistických dat Hygienické stanice hl. m. Prahy, podle kterých má 69,6

% léčených klientů za první pololetí 2012 dosaženo základní nebo středoškolské vzdělání bez maturity.

Zmiňovaná studie IMPACT (Minařík & Vejrych, 2012) udává 51,2 % respondentů s dosaženým základním vzděláním a 46,4 % se středoškolským vzděláním ve vzorku 869 oslovených problémových uživatelů v hl. m. Praze.

Tabulka 6: Bytová situace ve zkoumaném vzorku (n=150) hardcore skupiny uživatelů drog ve Frankfurtu (zastoupení/procenta)

Bezdomovectví	69/46 %
Nouzové ubytování	41/59 %
Na ulici	19/28 %
Bydlení u známých	9/13 %
Trvalé bydlení	81/54 %
Bydlení samostatně	40/50 %
S partnerem/uživatelem	9/11 %
S partnerem/neuživatelem	4/5 %
Společný byt s uživatelem	5/6 %
Společný byt s neuživatelem	5/6 %
U rodičů	18/22 %

Bytovou problematikou a aktuální situací v Praze se věnuji v samostatné kapitole 2.4.1.

Představená data mapující situaci ve Frankfurtu, respektive v hl. m. Praze poukazují na relativně nízký věk populace problémových uživatelů drog, nízké a nedostatečné vzdělání, které je rizikovým faktorem pro sociální exkluzi a velmi problematické bytové podmínky, které přinášejí další zhoršování sociální a zdravotní situace těchto osob.

2.8. Poskytované služby

AM jsou provozovány v různých formách (např. mobilní / stacionární – kamenná zařízení). Konkrétní forma má vliv také na spektrum poskytovaných služeb. Je nicméně pravidlem, že AM neposkytují pouze službu bezpečné hygienické aplikace drog, ale jsou centrem pro nabídku další škály služeb zaměřených na okruh témat spojených s problémovým užíváním drog. Využívá se tak potenciálu AM být s uživatelem drog v pravidelném a dlouhodobém kontaktu, obdobně jako tomu je např. v kontaktním centru v kontextu české sítě adiktologických služeb. Toto srovnání s fungováním kontaktního centra je zcela na místě, protože v řadě zemí jsou tyto služby prakticky propojeny. Nejedná se tedy o paralelní fungování AM a kontaktních center v jedné lokalitě, ale o výskyt integrovaných zařízení jak již bylo definováno výše. Obdobně je tomu například v Německu.

Spektrum obvykle poskytovaných služeb AM nám může být poměrně dobře známo z prostředí českých nízkoprahových služeb:

- Základní zdravotní ošetření.
- Testování na infekční onemocnění (HIV/AIDS, virové hepatitidy, popřípadě další).
- Krizové intervence.
- Poskytování odborného poradenství (sociální, právní, zdravotní).
- Sociální práce.
- Zprostředkování léčby.
- Motivační trénink.
- Výměna injekčních stříkaček a distribuce dalšího zdravotnického materiálu.
- Distribuce materiálu určeného pro jinou než injekční aplikaci.

Některé služby, které jsou poskytovány i v programech v České republice, jsou ovšem z podstaty fungování AM na jiné úrovni. Vzhledem k tomu, že aplikace donesené látky probíhá pod dohledem školeného personálu, mohou být některé poskytované intervence mnohem účinnější. Existuje totiž přímá vazba mezi klientem a pracovníkem v okamžiku aplikace drogy.

Jedná se především o:

- Předávání informací o bezpečnějším užívání návykové látky.
- Trénink této méně poškozující aplikace drogy.
- Prevence a zvládání předávkování.
- Informování o rizicích spojených s určitým způsobem a technik aplikace drog.

V některých zemích, jako např. v Německu, je v AM distribuován naloxon jako preventivní opatření pro případ předávkování opiáty. Klienti AM jsou dále trénováni na zvládání krizových život ohrožujících situací spojených právě s předávkováním.

Mezi další aktivity, které jsou v AM realizovány, patří např. skupinové poradenství, motivační skupiny, peer groups (skupiny s podobným sociálním statutem, životními zkušenostmi, v rámci kterých probíhá výměna informací a zkušeností).

2.9. Vstup do zařízení a pravidla aplikačních místností

Provoz AM je vázán řadou pravidel, přičemž některé z těchto pravidel jsou na rozhodnutí konkrétní AM, jiné jsou naopak implementovány na základě obecně platného standardu, nařízení, vyhlášky či zákona (viz tabulku č. 7). První skupina pravidel ovlivňuje samotný přístup do zařízení, je základním kritériem, zda uživatel může služby AM využít.

Obecně je v případě zájmu o využití služeb vyžadován věk minimálně 18 let. Tento věk je ověřován často při úvodní registraci uživatele (budoucího klienta služby) při prvním kontaktu. Tato úvodní registrace je poměrně častou praxí a kromě ověření věku má také za cíl zjistit bydliště klienta či místo jeho dlouhodobého pobytu. Smyslem tohoto opatření je zabránění „drogovému turismu“. Tento postup uplatňují v Nizozemí, Švýcarsku a některých státech Německa. Proti tomuto omezení můžeme namítat, že bude důvodem pro vyřazení velkého množství potenciálních klientů ze služby, čímž bude omezen efekt AM ve

všech popsaných oblastech, za všechny uvádím příklad snížení případů aplikace drog na veřejných prostranstvích. Je evidentní, že uživatelé drog tento „drogový turismus“ obzvláště do větších měst, který není motivován pouze poptávkou po návykové látce, ale také např. cestou za většími možnostmi obživy, praktikují i přes omezení a zákazy. Je třeba ovšem konstatovat, že toto omezení je mnohem více pochopitelné ve zmíněných státech, kde počet a rozmístění zařízení častěji odpovídá skutečným potřebám města a počtu uživatelů drog.

Mezi další podmínky pro vstup do zařízení, které bývají zjišťovány při první návštěvě, patří existence závislosti, respektive vyloučení takových osob, kteří hodlají užít drogu poprvé nebo jsou občasnými uživateli. Nejenže může být tato podmínka obtížně ověřitelná, ale při rozhodnutí o přijetí či nepřijetí uživatele do programu bychom měli mít na mysli, že včasné zapojení uživatelů může vytvořit příležitosti pro podporu zdraví a rané intervence mezi uživateli, kteří si teprve začínají drogu aplikovat injekčně (Hunt, 2010). Opačným argumentem může být v této souvislosti poukázání na nebezpečí nevhodného upevnění vzorce chování u začínajícího uživatele a možnost posílení vazby na sociální strukturu problémových uživatel drog (konkrétně „hard-core“ skupiny, jak bylo popsáno výše). Součástí vstupní procedury a vytvoření klientské karty opravňující ke vstupu bývá také podepsání kontraktu o využívání služby, kde jsou uvedena další společná ujednání a podmínky účasti v programu.

Vytvoření klientské karty může být taktéž nástrojem pro redukci celkového počtu klientů AM využívající konkrétní program. AM vydá karty umožňující vstup pouze tolika klientům, kolika je schopna poskytnout adekvátní a kvalitní služby při zachování bezpečnosti a přijatelnosti negativních důsledků pro blízké okolí.

V některých případech platí omezení vstupu do AM pro těhotné ženy, taktéž bývá uplatňován zákaz vstupu uživatele drog v doprovodu dítěte.

Mezi základní pravidla vyžadovaná napříč všemi AM patří zákaz obchodování s návykovými látkami včetně jejich předávání mezi osobami. Toto pravidlo je dané zákonem platným ve všech zemích, kde jsou AM provozovány. Jedná se o

obecně platnou legislativu stavící obchod s návykovými látkami mimo zákon. Taktéž je zakázáno aplikovat drogu mimo vyhrazená místa, tedy například na toaletě, přístupových chodbách, čekárně apod. Důvodem pro dočasné vykázaní ze služby, případně pro úplné odnětí možnosti vstupu, je samozřejmě také jakékoliv násilné a agresivní chování vůči personálu a ostatním klientům.

Tabulka 7: Zákonem stanovené minimální standardy aplikačních místností v Německu

Německý zákon o omamných látkách (§ 10a BtMG) stanoví 10 minimálních standardů k zajištění bezpečnosti uživatelů drog a odpovídajícího dohledu nad užíváním drog. Vyhlášky na úrovni spolkových zemí musejí vyhovovat následujícím standardům, které se týkají zdraví, veřejného pořádku a administrativních záležitostí	
1.	Vhodné vybavení.
2.	Zajištění okamžitého poskytnutí akutní lékařské pomoci.
3.	Lékařské poradenství a asistence s cílem minimalizovat rizika při užívání omamných látek přinesených drogově závislou osobou.
4.	Odeslání těchto osob do následných poradenských a léčebných služeb orientovaných na abstinenci.
5.	Opatření předcházející tomu, aby v aplikačních místnostech docházelo k trestným činům spadajícím do zákona o omamných látkách s výjimkou držení drog pro osobní potřebu v nevýznamných množstvích.
6.	Spolupráce s místními úřady zodpovídajícími za veřejný pořádek a bezpečnost, jež je nutná k tomu, aby se v co největší možné míře předcházelo páčání trestné činnosti v bezprostředním okolí aplikačních místností.
7.	Přesná definice skupiny osob oprávněných užívat aplikační místnosti, konkrétně co se týká jejich věku, typu omamné látky, kterou si smějí přinést, a způsobu užívání; osoby, u nichž je patrné, že se jedná o nové nebo občasné uživatele, musejí být z užívání aplikačních místností vyloučeny.

8.	Dokumentace a hodnocení práce odvedené v aplikačních místnostech.
9.	Neustálá přítomnost dostatečného počtu spolehlivých pracovníků, jejichž odborná příprava je kvalifikuje ke splnění požadavků uvedených v bodech 1 až 7.
10.	Jmenování povolané osoby, která bude zodpovídat za dodržování požadavků uvedených v bodech 1 až 9.

Zdroj: Hunt, N. (2010). Přehled modelů zajišťování aplikačních místností. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.

2.10. Doporučené postupy

V této kapitole se budu věnovat několika základním doporučovaným postupům, jak je uvádí Hunt v *Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK* (2008).

Jednou ze základních otázek při záměru realizovat program AM je kde takovou službu zřídit. V tomto bodě můžeme spatřovat určitý vážný střet zájmů a tím je potenciální nesoulad potřeb místní komunity, obyvatel daného místa a potřeb dostupnosti takového zařízení pro cílovou skupinu. Za vážný považuji tento střet zájmů především z toho pohledu, že může být určující pro budoucí vývoj programu a situace v oblasti jako takové. Na jedné straně extrému může stát zařízení, které je umístěno mimo obydlenou zónu, není středem negativních reakcí místních obyvatel, ale jeho kapacita není využívána, tedy ani nepřináší kýžený efekt. V druhém případě je zařízení v „centru dění“, často se jedná o střed města, kde se vyskytuje otevřená drogová scéna a s ní spojené problémy, ale také jde o obydlenou lokalitu, kde kromě zájmů residentů můžeme počítat s negativním postojem podnikatelů provozujících v místě svoji živnost.

Před samotným vznikem zařízení Hunt (2008) doporučuje vznik multi-resortního, nebo je možné použít termín multi-institucionálního partnerství, na základě něhož bude příprava realizace stavěna. Je tedy vhodné a žádoucí přizvat k rozhodování o vzniku a budoucím provozu takové instituce, které mají na vzniku AM zájem nebo budou tímto provozem nějakým způsobem ovlivněni. Do této skupiny

můžeme řadit policii, právní experty, zástupce probace a mediace, místní autority jako zástupce úředníků a politické reprezentace, poskytovatele služeb pro uživatele drog, zástupce místní komunity (residency včetně obchodníků z oblasti), zástupce budoucích uživatelů služby (uživatelé drog) a zástupce reprezentující výzkum v této oblasti.

Hunt (2008) doporučuje se při vzniku AM řídit výskytem otevřené drogové scény a problémy s tím spojenými, jako je např. aplikace drog na veřejných místech, případy kolapsu po užití návykové látky apod. Dalším indikátorem pro vznik je existence drogového trhu nebo sex-businessu. Hedrich (2004) ve své zprávě pro EMCDDA poznamenává, že snaha o přesun drogové scény prostřednictvím vzniku AM mimo tuto scénu nemusí být úspěšná (uvedena je zkušenost z Hamburku). Jako vhodné tedy bývá označováno lokalizovat AM do blízkosti drogové scény s přihlédnutím na potřeby potenciálních klientů, ale také místní komunity. Zde je třeba komunikovat o reálných očekáváních místních obyvatel. Ačkoliv lze podle zkoumaných dopadů AM ve světě očekávat zlepšení situace v určitých ukazatelích (více v samostatné kapitole 2.11. o hodnocení činnosti AM), není možné deklarovat úplné omezení negativních důsledků otevřené drogové scény jako takové (Hunt, 2008).

Při samotném provozu AM je doporučeno se věnovat několika základním okruhům, které mají především za cíl zvýšit účinnost a efektivitu AM a dále snížit rizika plynoucí z provozu. Jedná se o dobře vyškolený a profesionální personál, který by měl být multidisciplinární. Jedná se mimo jiné o požadavek českých standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog na zajištění provozu např. nízkoprahových center, kdy se tento požadavek reflektuje multioborovou povahou problematiky závislosti.

Další důležitou doporučovanou oblastí, které je třeba věnovat pozornost, je bezpečnost, respektive bezpečnostní opatření. Mezi tato opatření lze počítat alarmy, zajištění vstupu (ostraha, intercom), zajištění pohybu klientů po zařízení a průchodnosti zařízením aj. Cílem je minimalizovat výskyt rizikových situací

ohrožujících personál nebo klientelu AM, popřípadě umožňujících řešit nastalé krizové situace. Jedná se především o projevy agresivního chování v prostorách AM. V důsledku mohou mít tyto opatření také významný vliv na udržení pořádku v nejbližším okolí AM.

V neposlední řadě je třeba se zajímat o nastavení pravidel pro využití AM, včetně pravidel upravujících pobyt v AM. Souhrn pravidel obvykle uplatňovaných při práci v AM je shrnut v předchozí kapitole. Je žádoucí, aby nedílnou součástí provozu AM byly nástroje, kterými by bylo možné evaluovat procesy i výstupy programu.

2.11. Hodnocení činnosti a dopady AM

Činnost AM a reálný efekt realizace těchto programu byl zkoumán řadou studií. Největší podíl mezi publikovanými výzkumy mají evaluační studie realizované v Sydney a Vancouveru. Jednou z posledních zveřejněných prací je *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period 2007-2011* realizovaná v Sydney (KPMG, 2010).

Tato zpráva obsahuje zjištění, že AM:

- mají pozitivní dopad na redukci míry předávkování,
- fungují jako vstupní brána do systému léčebných zařízení
- významně redukuje problém aplikace drog na veřejných místech a pohozených injekčních stříkaček,
- podílí se na snižování počtu nových případů HIV infekce a případů hepatitidy C.

Výstupy z dříve publikovaných výzkumů Rhodes a Hedrich (2010) rozděluje na tři hlavní kategorie pozitivních dopadů AM:

- poskytování prostředí k bezpečnější aplikaci drog,
- zlepšení zdravotního stavu cílové skupiny,
- snížení narušování veřejného pořádku.

Obdobně Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006) rozděluje pozitivní přínosy AM, které můžeme očekávat, do dvou hlavních kategorií. Jedná se přínosy v oblasti zdraví a v sociální oblasti.

a) Oblast zdraví

AM redukuje riziko smrti nebo somatických komplikací z důvodu předávkování (MSIC Evaluation Committee, 2003). Aplikace drogy probíhá pod dohledem školeného (zdravotnického) personálu, který edukuje klienta o prevenci předávkování a je případně schopen zasáhnout v situaci, kdy předávkování dojde. Zde je na místě dodat, že za celou dobu fungování všech AM nebylo zaznamenáno žádné úmrtí v souvislosti s předávkováním v AM (Expert Advisory Committee, 2008).

Zajištění prostředí pro méně rizikovou aplikaci v lepších hygienických podmínkách (Hedrich, 2004) je další z benefitů, které AM přináší pro uživatele drog. Jeden ze základních kroků, které mají hygienu aplikace zlepšit, je umožnění umytí (desinfekce) rukou. Klienti jsou motivováni udržovat nejen tento hygienický návyk i při budoucích užití drogy. Součástí supervidované aplikace je rovněž edukce o konkrétním způsobu aplikace a jeho rizicích.

Podle dalších zjištění AM přivádí uživatele drog do kontaktu s dalšími zdravotními službami (Wood & Tyndall, 2006). Toto koresponduje s obecným principem „vstupní brány“, jak jsem již poznamenal výše.

b) Sociální oblast

Podle dostupných výzkumů (Wood et al., 2004; Kimber et al., 2008) AM redukuje případy zneužívání drog na veřejných místech a případy rušení veřejného pořádku. Ve Vancouveru se po otevření aplikační místnosti snížil výskyt injekčních aplikací na veřejnosti, odhozených stříkaček a odpadu z užívání drog, snížení užívání na veřejnosti zaznamenali také v Sydney. Jako limitující faktor se ukazuje nedostatečná kapacita AM, kdy poptávka po službě převyšuje možnosti

AM. Shodně má vliv na využívání AM, potažmo na výskyt případů aplikace drog na veřejnosti otevírací doba programu (Rhodes & Hedrich, 2010).

Na základě zjištění důsledků provozování AM ve Vencouveru (Wood et al., 2006) lze také konstatovat, že AM se mohou podílet a pomáhat při předcházení kriminality v blízkosti zařízení. Zároveň je však zaznamenáno hlášení z několika o nárůstu prodeje drog v okolí zařízení a agresivních potyčkách (Rhodes & Hedrich, 2010).

Hedrich (2004) dále hovoří o úspoře nákladů pro zdravotní a právní systém země. Vyškolený personál zařízení dokáže předcházet včasným zákrokem při urgentních zdravotních stavech dlouhodobým hospitalizacím, rovněž samotná edukace o způsobech bezpečnějšího užívání návykových látek vede ke snížení zdravotních dopadů na uživatele drog samotných, tak na celý systém.

3. Výzkumná část

Výzkumná část práce navazuje na teoretické podklady této služby a jejím zaměřením je analýza potřeb zavedení aplikační místnosti v hl. m. Praze. Jedná se o analýzu potřeb konkrétního typu služby před jejím zavedením do sítě již existujících služeb. Touto, v České republice dosud nerealizovanou službou, je AM určená pro uživatele nealkoholových drog. Tento typ služby realizuje řada evropských zemí jako jeden z nástrojů terciární prevence užívání drog.

3.1. Analýza potřeb

Analýza potřeb je jedním ze základních nástrojů užívaných při plánování. Smyslem využití analýzy potřeb může být základní orientace v potřebách zkoumané cílové skupiny, k analýze potřeb přistupujeme v případě, že zavádíme nový program (službu) nebo chceme upravit dosavadní fungování nějaké již běžící služby. Cílem analýzy potřeb nemusí být pouze změna jednotlivého programu, ale také celku, určitého systému služeb. Opět může jít o doplnění tohoto systému, respektive o jeho celkovou změnu. Základní cíle analýzy potřeb se dají charakterizovat především jako snaha o zvýšení účinnosti služeb (systému služeb), jejich optimalizaci vzhledem k možnostem, efektivita služeb a umožnění plánování a tvorbu strategií (WHO, 2000). Analýza potřeb nachází široké uplatnění v oblasti adiktologie, sociálních služeb, zdravotnických službách, v oblasti státní správy a samosprávy, ale také v oblasti komerčních služeb, jako například obchodu, reklamy a mnoha dalších.

V kontextu služeb zaměřených na uživatele drog analýza potřeb hodnotí (WHO, 2000):

- kapacitu léčebných služeb v komunitě nebo regionu v závislosti na prevalenci a incidenci poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,
- vhodnou kombinaci požadovaných služeb, které by reagovaly na rozličné potřeby týkající se poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek,

- koordinaci služeb v rámci systému péče za účelem zajištění snazší dostupnosti tohoto systému, hladkého přechodu mezi jeho jednotlivými komponenty a správného postupu ve follow-up fázi.

Příjemci informací získaných při realizaci analýzy potřeb se stávají jednak samotní uživatelé služeb, pracovníci služeb, koordinátoři těchto služeb a samozřejmě v neposlední řadě objednatelé těchto služeb, respektive donátoři těchto služeb. V duchu komunitního plánování služeb jsou data získaná během analýzy prospěšná zadavatelům, poskytovatelům i uživatelům služeb.

Systém služeb pro uživatele drog tvoří složitá síť jednotlivých programů. Tato síť musí čelit proměnlivému charakteru problematiky zneužívání návykových látek a je třeba průběžná adaptace této sítě z důvodu měnících se podmínek. Může se jednat o změnu v prevalenci dominantních zneužívaných typů látek, změna počtu problémových uživatelů drog, změny ve financování sítě služeb apod. Důležitým faktorem je také otázka týkající se relativní priority různých potřeb občanských komunit. Jedná se například o debatu, jaké služby jsou potřeba a proč? Další otázkou může být lepší koordinace služeb a dosahování vyšší efektivity (WHO, 2000).

3.2. Cíle výzkumu

Prioritní oblastí práce je analýza potřeb. Primárním cílem práce je odpovědět na základní otázky potřeb a představ (očekávání) potenciálních uživatelů, odborníků z oblasti léčby a prevence závislostí a dalších subjektů dle výzkumného souboru ve vztahu k projektu AM. Jedná se tedy především o snahu zjistit a ověřit tyto oblasti:

- Představy o obsahu služby aplikační místnosti a zmapování očekávaných dopadů na otevřenou drogovou scénu.
- Očekávaná pozitiva a negativa realizace služby AM, jak je vnímají respondenti studie (potenciální klienti AM a profesionálové).
- Vnímání potřebnosti této služby v hl. m Praze.

- Zmapování faktorů, které zvyšují pravděpodobnost využití služby AM ze strany uživatelů drog.

Sekundárním cílem práce je zmapovat chování uživatelů drog na otevřené drogové scéně, především v těchto oblastech:

- Jak uživatelé drog vybírají místo pro aplikaci drog a co tento výběr ovlivňuje.
- Kde nejčastěji dochází k aplikaci drog, kolik času tato aplikace zabere, popřípadě co tento čas ovlivňuje.

3.3. Výzkumné otázky

Pro účely studie byly formulovány následující výzkumné otázky:

- Jak je projekt aplikačních místností vnímán klienty nízkoprahových zařízení, pracovníky nízkoprahových zařízení, zaměstnanci státní správy a samosprávy a represivních orgánů?
- Existuje potřeba tohoto typu projektu v hl. m. Praze?
- Jaká podoba aplikační místnosti je vhodná pro případnou realizaci v prostředí hl. m. Prahy (mobilní zařízení, kamenné zařízení, otevírací doba, místo realizace aj.)?

3.4. Volba metodologie

Určujícím výběrem pro další postup v analýze byla volba kvalitativní metodologie. Důvodem pro výběr kvalitativní metodologie byl záměr získat individuální zkušenosti a názory respondentů. Problém, který je v analýze vytyčen není zcela ohraničený – úmyslem je stále jej při výzkumu vyjasňovat. Mým záměrem bylo téma zkoumat v přirozeném kontextu, jedná se o terénní výzkum. Takto získaná kvalitativní data poslouží k poznání problematiky tématu AM ve všech jeho rozměrech.

Metodou získání dat byl moderovaný individuální rozhovor, konkrétně se jednalo o formu polostrukturovaného interview s klienty nízkoprahových zařízení a

profesionály z oblasti léčby a prevence závislostí a dalších oblastí dle výzkumného souboru (sady základních otázek v příloze č. 3 a 4). Důvodem pro volbu tohoto druhu rozhovoru byla volnost a možnosti, které tento druh rozhovoru tazateli dává. Shodně dává tento typ práce určitou míru svobody respondentovi, který je podněcován k dalšímu rozvíjení tématu. Při tomto druhu rozhovoru se dá předpokládat, že se v jeho průběhu budou otevírat nové a nečekané skutečnosti (Miovský, 2006). Záměrem bylo tyto poznatky otázkami a doptáváním také dále rozvádět.

Rozhovory byly prováděny v přirozeném prostředí respondentů s důrazem na zajištění přijatelného prostředí pro vedení rozhovoru. V případě uživatelů drog se jednalo o otevřenou drogovou scénu, popřípadě prostředí nízkoprahového kontaktního centra, v případě ostatních účastníků výzkumu se nejčastěji jednalo o jejich pracoviště. Z tohoto pohledu se jednalo o poměrně proměnlivá prostředí s mnoha specifiky a nároky. Proto bylo například vždy snahou zajistit soukromí pro vedení rozhovoru s cílem minimalizovat rušivé vlivy prostředí.

3.5. Metoda získávání dat

3.5.1. Identifikace zdrojů

Účastníky výzkumu lze rozdělit na 4 základní skupiny:

- A. Klienti pražských nízkoprahových zařízení.
- B. Externí pracovníci HR (aktivní problémoví uživatelé drog pracující ve službě se zaměřením HR - indigenní terénní pracovníci).
- C. Pracovníci z oblasti adiktologických služeb v Praze.
- D. Pracovníci státní správy či samosprávy, Policie ČR, Městské policie, zástupce občanů.

Kritéria pro zařazení do studie:

- A. Klienti pražských nízkoprahových zařízení:
 - Problémoví uživatelé dle definice EMCDDA,

- trvalý pobyt nebo dlouhodobý pobyt v hl. m. Praze minimálně 1 rok.
- B. Externí pracovníci HR:
 - Zařazení do programu externích pracovníků v Praze,
 - minimálně 2 měsíční zkušenost s prací na dané pozici.
- C. Pracovníci z oblasti adiktologických služeb v Praze:
 - Aktuální zkušenost s prací v oblasti léčby či prevence závislostí, z více než poloviny času realizace činnosti v hl. m. Praze,
 - minimálně roční zkušenost s prací v adiktologických službách.
- D. Pracovníci státní správy či samosprávy, policie ČR, městské policie, zástupce občanů:
 - Výkon činnosti na dané pozici v délce minimálně 1 roku.

3.5.2. Nominační technika

Účastníci výzkumu byli vybíráni metodou záměrného výběru. V případě podskupiny výzkumného souboru A a B se jednalo se o kombinaci stratifikovaného záměrného výběru a záměrného výběru přes instituce. Respondenti – uživatelé drog – byli vybíráni do výzkumu se záměrem přiblížit se reálné podobě skladby této populace. Z dat nízkoprahových programů v Praze vychází, že tato skupina není homogenní skupinou, ale je zde možné identifikovat různé podskupiny. Snahou nominační techniky bylo zajistit zástupce těchto podskupin ve výzkumu. Uživatelé drog byli dále osloveni prostřednictvím institucí. Podle zpráv o stavu ve věcech drog v České republice (NMS) přetrvává relativně vysoký podíl problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými programy (odhadováno cca 70 % problémových uživatelů).

V případě podskupiny výzkumného souboru C a D jde o záměrný výběr prostý. Touto technikou nominace byli vybíráni účastníci výzkumu bez dalších specifikací na základě toho, zda byli pro výzkum přínosní a zda s výzkumem souhlasili. Určitým vodítkem pro výběr vhodných respondentů byl přístup multi-institucionálního partnerství dle Hunta (viz kapitolu 2.10. Doporučené postupy).

Cílem bylo vytvořit pestrou skladbu výzkumného souboru se zaměřením na co nejširší spektrum zainteresovaných osob – toto platí pro všechny definované skupiny (A, B, C, D).

Ve skupině A (klienti pražských nízkoprahových zařízení) byli respondenti vybíráni podle následujících kritérií:

- Byla oslovena organizace realizující nízkoprahové programy v Praze.
- V oslovení byly uvedeny tyto další specifikace kritérií pro zařazení do výzkumu:
 - Oslovení alespoň 2 žen. Důvodem pro tento krok bylo přiblížení se realitě otevřené drogové scény, kdy dle údajů nízkoprahových služeb operujících v hl. m. Praze tvoří ženy cca 1/5 až 1/4 jejich kontaktů. Ženy tvoří také jednu z hlavních skupin skryté či tzv. hard-to-reach populace.
 - Oslovení alespoň 1 cizojazyčného klienta. Cílem bylo zajistit ve výzkumu účast klienta cizí státní příslušnosti, ti tvoří určité procento problémových uživatelů na otevřené drogové scéně.
 - Oslovení alespoň 3 romských klientů.
 - Oslovení alespoň 3 problémových uživatel z majoritní populace.

Cílem bylo pokrýt co nejširší spektrum uživatelů pohybujících se na pražské otevřené drogové scéně v rámci relativně malého výzkumného souboru.

Ve skupině B (externí HR pracovníci) byli respondenti vybíráni podle následujících kritérií:

- Externí pracovníci HR služeb (aktivní uživatelé drog spolupracující ve službách HR) byli záměrně vybráni pro studii z důvodů předpokladu zkušenosti z pobytu na drogové scéně a znalosti a náhledu principů HR.
- Byl osloven program realizující službu externích terénních pracovníků s uvedenými kritérii pro zařazení do výzkumu.
- Na základě tohoto oslovení byli kontaktováni 3 institucí vybraní respondenti, kteří kritéria naplňovali.

- Po ověření naplnění kritérií byl s respondenty realizován polostrukturovaný rozhovor.

Ve skupině C (pracovníci z oblasti adiktologických služeb v Praze) byli respondenti vybíráni podle následujících kritérií:

- Z profesionálů z drogových služeb byli primárně osloveni pracovníci nízkoprahových programů, protože lze u nich předpokládat dobrou znalost problematiky pražské otevřené drogové scény. Zároveň mají nejbližší svoji praxi k uplatňování HR metod, filozofickému východisku práce s uživateli drog, ke kterému mají také AM nejbližší.
- Oslovení alespoň 1 respondenta z oblasti primární či sekundární prevence.

Ve skupině D (pracovníci státní správy či samosprávy, policie ČR, městské policie, zástupce občanů) byli respondenti vybíráni podle následujících kritérií:

- Oslovení alespoň 1 respondenta zastupujícího oblast výzkum a interpretace dat protidrogové politiky.
- Oslovení alespoň 2 respondentů zastupující koordinaci protidrogové politiky na úrovni kraje či městské samosprávy.
- Oslovení alespoň 2 respondentů pracujících u městské police na městské části, kde se vyskytuje dlouhodobě větší otevřená drogová scéna (MČ Praha 1, 2, 5 nebo 8).
- Oslovení alespoň 1 respondenta za Policii České republiky, který se dostává při výkonu své činnosti do kontaktu s otevřenou drogovou scénou (např. vykonávající pochůzkovou činnost, příslušník kriminální policie apod.).
- Oslovení alespoň 1 respondenta pracujícího ve zdravotnictví (lékař, zdravotní sestra), který se ve své praxi dostává do kontaktu s problémovými uživateli drog.
- Oslovení alespoň 1 respondenta reprezentujícího oblast práva a legislativy – odborník na oblast vztahující se k problematice užívání návykových látek.

3.6. Etické normy a pravidla

Základním etickým předpokladem výzkumu bylo neohrozit při získávání dat a informací účastníky výzkumu. Stejně tak bylo předpokladem neuškodit následným využitím a zpracováním získaných dat.

Všichni respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně bez nároku na odměnu. Pokud byl rozhovor realizován na mnou vybraném místě, nabídl jsem pouze základní občerstvení, jako je voda nebo káva. Před začátkem interview byli všichni respondenti seznámeni se svými právy, včetně práva odmítnout nahrávání či žádat zničení nahrávky. Respondenti byli chráněni před duševní a fyzickou nepohodou či nebezpečím, které by mohlo nastat v důsledku rozhovoru. Pro rozhovor bylo zajištěno místo poskytující soukromí a bezpečí ve smyslu snahy o minimalizaci rušivých vlivů, možnosti odposlechu rozhovoru třetí osobou apod. V případě, že jsem místo rozhovoru určoval já, zajistil jsem takové místo, které by splňovalo zmíněné charakteristiky. V případě, že jsem rozhovor realizoval např. v místě zaměstnání respondenta, požádal jsem o nalezení vhodného místa.

Všichni oslovení respondenti, kteří vyslovili souhlas s účastí ve výzkumu, podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (viz přílohu č. 5).

Nahrávky byly bezpečně archivovány (zakódovány) a mohou být užity pouze k tomuto výzkumu. Ve výzkumu je zachována anonymita všech respondentů.

Ve výzkumu byla dodržena další pravidla platná pro etiku v psychologickém výzkumu podle Miovského (2006) - Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, kap. Etická pravidla v psychologickém výzkumu.

3.7. Analýza dat

3.7.1. Fixace dat

Pro fixaci dat byl použit zvukový záznam pomocí telefonu s funkcí diktafon. Zvukový záznam vytváří více prostoru pro přímé pozorování všech aspektů (verbálních i některých neverbálních) rozhovoru. Audio záznam všechny tyto

kvality mluveného slova zachycuje (Miovský, 2006). Díky tomu, že není třeba si v průběhu rozhovoru dělat písemné poznámky, je více času na přemýšlení o obsahu sdělovaného a případnou rozvahu, kam rozhovor dále rozvíjet. Je možná přímá interakce s dotazovaným bez nutné prodlevy v případě jiného druhu záznamu (psané poznámky). Audio záznam plně umožňuje praktikovat techniku aktivního naslouchání.

Po skončení dotazování je možné znovu kdykoli poslechnout celý průběh rozhovoru bez toho, aby se jakákoli informace v průběhu času ztratila. Tato nestrannost a autentičnost pořízeného audio záznamu pak podle Miovského (2006) plní významnou kontrolní funkci zejména při kontrole validity. Získaná data v podobě audio záznamu jsem poté transkripcí převedl ze zvukové do textové podoby.

V průběhu pořizování rozhovorů jsem dbal na to, aby záznamové zařízení nenarušovalo kontakt s dotazovanou osobou. Dotazovaná osoba byla o způsobu záznamu rozhovoru dopředu informována. Jelikož byl jako záznamové zařízení použit telefon, vždy jsem dbal na to, aby byl přístroj uveden v režim „letadlo“, tedy bez připojení na GSM či jinou síť. Důvodem bylo zamezení vyrušení rozhovoru příchozím hovorem nebo zprávou.

Všichni respondenti výzkumu byly před zahájením polostrukturovaného rozhovoru seznámeni se základními fakty o AM formou krátkého textu (příloha č. 2). Pro zachování shodných podmínek nebylo s tímto textem již dále pracováno, respektive respondenti neměli možnost se dále dotazovat. Tento podklad výzkumu sloužil pro základní zorientování respondentů v oblasti.

3.7.2. Redukce získaných dat

Získané audio záznamy z provedených rozhovorů byly nejdříve převedeny do textové podoby (plná, doslovná transkripce). Tento prvotní text byl dále upraven pomocí redukce I. řádu.

Redukcí I. řádu vznikl srozumitelnější a přehlednější celek vhodnější pro další analytickou práci. V této redukci se z tzv. plné transkripce (úplné verze) vynechají části vět nesdělující identifikovatelnou informaci a výrazy které text spíše narušují a netvoří podstatnou součást nositele informace (Miovský, 2006). Jedná se o slovní „vatu“, která není nositelem podstatných informací, ale má dát např. dotazovanému čas k přemýšlení.

Pro zpracování textu a rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci jsem využil nástroj kódování a techniku barvení textu. Při této technice se barevně označují tematické celky a specifická témata. Takto upravený text umožňuje snadnější orientaci a zpracování (Miovský, 2006).

Pro roztřídění informací byl vytvořen systém tematických celků (kategorií). Na základě teoretických poznatků z dostupné literatury jsem navrhl orientační soubor kategorií. Při tomto postupu je důležité neopomenout ponechání prostoru pro nové, nepředpokládané významy. Relevantnost navržených kategorií jsem v průběhu ověřoval, modifikovala a doplňovala o nové kategorie či je obohacoval o další témata na základě empirického materiálu. Úkon kódování je také základní operací při analýze dat metodou zakotvené teorie.

3.7.3. Metoda analýzy

Pro samotnou analýzu dat byly využity 2 základní techniky. Jednalo se především o metodu zakotvené teorie. Dále byla aplikována metoda prostého výčtu.

Metoda zakotvené teorie je induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje (Miovský, 2006). Metoda byla vybrána především pro svou flexibilitu, která umožňuje zpracování takto specifických dat. Jak uvádí Miovský (2006), jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. Při tomto typu analýzy není ověřována teorie. Začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti

významné (Strauss & Corbinová, 1999). Základní operační technikou bylo kódování (především otevřené kódování). Dalším krokem je konceptualizace údajů, která představuje proces, kdy se z deskriptivní roviny přechází do roviny hledání a nacházení toho, co je skryto za získanými daty.

Ke zpracování dat jsem dále použil metodu prostého výčtu. Podle Miovského (2006) je tato metoda na hranici kvalitativního a kvantitativního přístupu, neboť prostřednictvím této metody vyjadřujeme vlastnost daného jevu, která se týká např. toho, v jakém poměru výskytu byl tento jev k jinému jevu nebo jak často se tento jev vyskytuje. Ačkoliv tato práce má kvalitativní charakter, byla v rámci dotazování získána taktéž určitá data kvantitativní povahy. Při kvalitativní analýze dat musíme vždy vážit, kdy vhodně použít také získané kvantitativní ukazatele (Miovský, 2006). Kvantitativní údaje mohou kvalitativní analýzu obohatit o další rozměr a především dokreslit charakter zkoumaného jevu a výzkumného souboru.

3.8. Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 4 skupiny (A, B, C, D), které byly popsány v rámci kapitoly Identifikace zdrojů dat. Výzkumu se zúčastnilo celkem 25 osob. Následující tabulky popisují charakteristiky výzkumného souboru a jednotlivých skupin výzkumného souboru.

Tabulka 8: Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin

Skupina	Počet respondentů	Poznámka
A. Klienti pražských nízkoprahových zařízení	9	
B. Externí pracovníci HR	3	
C. Pracovníci z oblasti adiktologických	5	- Pracovník nízkoprahového programu (4)

služeb v Praze		- Pracovník jiné adiktologické služby (1)
D. Pracovníci státní správy či samosprávy, policie ČR, městské policie, zástupce občanů	8	- Výzkum a interpretace dat (1) - Pracovník státní správy či samosprávy (2) - Pracovník policie ČR (1) - Pracovník městské policie (2) - Lékař (1) - Právník (1)

Tabulka 9: Věk respondentů podle skupin výzkumného souboru

A. Klienti pražských nízkoprahových zařízení	
Nejmladší respondent	17
Nejstarší respondent	40
B. Externí pracovníci HR	
Nejmladší respondent	29
Nejstarší respondent	36
C. Pracovníci z oblasti adiktologických služeb v Praze	
Nejmladší respondent	24
Nejstarší respondent	41
D. Pracovníci státní správy či samosprávy, policie ČR, městské policie, zástupce občanů	
Nejmladší respondent	33
Nejstarší respondent	45

A. Klienti pražských nízkoprahových zařízení

Tabulka 10: Pohlaví respondentů (A)

Ženy	2
Muži	7

Tabulka 11: Hlavní užívaná návyková látka (A)

Subutex (buprenorfin)	4
Heroin	1
Pervitin	2
Polymorfní závislost	2

B. Externí pracovníci HR (aktivní problémoví uživatelé drog pracující ve službě se zaměřením HR - indigenní terénní pracovníci)

Tabulka 11: Pohlaví respondentů (B)

Ženy	0
Muži	3

Tabulka 12: Hlavní užívaná návyková látka (B)

Subutex (buprenorfin)	1
Heroin	0
Pervitin	1
Polymorfní závislost	1

C. Pracovníci z oblasti adiktologických služeb v Praze

Tabulka 13: Pohlaví respondentů (C)

Ženy	3
Muži	2

Tabulka 14: Pracovní pozice (C)

Terénní pracovník/ce (terénní program)	2
Kontaktní pracovník/ce (kontaktní centrum)	2
Terapeut/ka (léčba závislosti)	1

Průměrná délka práce v oblasti drogových služeb činila 5 let.

D. Pracovníci státní správy či samosprávy, policie ČR, městské policie, zástupce občanů

Tabulka 15: Pohlaví respondentů (D)

Ženy	4
Muži	4

Tabulka 14: Pracovní pozice (D)

Protidrogový koordinátor/ka	2
Příslušník/ce městské policie hl. m. Prahy	2
Zaměstnanec kriminálního oddělení PČR	1
Výzkum a interpretace dat	1
Lékař	1
Právník	1

Průměrná délka pracovní zkušenosti na dané pozici činila 4 roky.

3.9. Výsledky

3.9.1. Místa aplikace drog a délka trvání aplikace návykové látky

Úvodním tématem semistrukturovaného rozhovoru s respondenty užívajícími návykové látky byly otázky směřující na obvyklé místo, kde dochází k aplikaci drog a také na čas, který jim aplikace drog zabere. Tento okruh otázek byl tedy pokládán respondentům ze skupiny A a B, celkem se jednalo o 12 respondentů.

Místo i čas věnovaný užití drogy má mimo jiné značný vliv na hygienu aplikace návykové látky. Hygiena spojená s aplikací drog má dále významný vliv na riziko vzniku somatických komplikací, jako je například absces, flegmóna aj. Užití drogy ve stresu, v časové tísní, má také bezpochyby významný dopad na dodržování zásad bezpečnější aplikace drog (v duchu harm reduction filozofie) i

na případné zvyšující se riziko přenosu závažných infekčních onemocnění jako je HIV/AIDS či virové hepatitidy.

Nahlížíme-li výsledky touto optikou, nejsou výsledky nikterak optimistické. Více než polovina respondentů (konkrétně 7 z 12 respondentů) identifikovali za nejčastější místo aplikace drogy takové místo, které můžeme označit za veřejné prostranství nebo otevřenou (polootvřenou) drogovou scénu. Nejčastěji se jednalo o park (křoví, lavička, schody), dále se objevovaly v odpovědích rozpadlé stavby a budovy jako např. bývalé zastávky, sklad apod. (*„...tam je taková nějaká bejvalá čekárna nebo co a tam bejvá klid, akorát tam chodí víc lidí, jako taky si dávat myslím.“*)

Další část respondentů uvedla veřejné toalety, které neřadím mezi výše zmíněnou kategorii, ačkoliv slouží veřejnosti. Veřejné záchodky většinou umožňují uzamknutí a poskytují určitý stupeň soukromí. Tuto možnost označili celkem 3 respondenti. V jedné z odpovědí se objevil fenomén, který je možné označit za shooting gallery či neoficiální aplikační místnost provozovanou obsluhou veřejné toalety. Respondentka popsala domluvu s obsluhou toalety, která za poplatek umožňuje respondentce užít toaletu k aplikaci drogy (*„Já mám domluvený s jednou ženskou z veřejnejch záchodků, že mě tam nechá, jak dlouho potřebuju a dávám jí za to dvacku.“*).

Zbylá část uživatelů drog (2 respondenti) udala jako nejčastější místo aplikace drog místo, kde bydlí. Jednalo se o squat a případně o byt, který sdílí respondent s dalším uživatelem drog.

Zajímavé bylo sledovat udávané rozdíly v čase věnovanému samotné aplikaci drogy. Respondenti byli podněcováni k tomu, aby do celkového času skutečně zahrnuli i dobu, kterou věnují přípravě, ne jen samotný akt aplikace. Průměrný udaný čas činí 20 minut. Nejnižší údaj činí 10 minut, naopak nejdelší uváděný čas byl 30 minut. Ačkoliv existuje řada důvodů, ze kterých srovnání mezi respondenty nemůže být objektivní a nelze proto výsledky považovat v tomto směru za směrodatné, vyšlo, že čas u respondentů, kteří aplikují na veřejnosti, byl

udáván spíše nižší. Je nutné poznamenat, že čas nutný pro aplikaci drogy ovlivňuje řada faktorů, které nebyly dále zkoumány, jako například zkušenost, stav žilního systému, roční období a venkovní teploty aj.

Při dotazování, co ovlivňuje čas aplikace drogy, byly uváděny tyto faktory:

- Stav žil (4 respondenti)

„Když nemůžu najít žílu, stává se, že se mi to dost zhorší, tak to samozřejmě trvá mnohem dýl.“

- Možnost vyrušení, strach z vyrušení (4 respondenti)

„Není mi příjemný, když vim, že tam může někdo přijít. Snažím se pak bejt hodně rychlá.“

- Počasí (2 respondenti)

„Tak třeba v zimě je to mnohem horší, to se mi hůř hledaj žíly.“

- Abstinenční příznaky (2 respondenti)

„...takže při velké krizi (pozn. autora: výraz pro abstinenci syndrom) to někdy uspěchám.“

Velmi často respondenti uváděli více možností, pro tento účel byla zaznamenána vždy první zmíněná. Celá třetina respondentů uvedla právě strach z vyrušení jako faktor, který ovlivňuje čas, který aplikaci drogy věnují. Tito uživatelé drog byli dále dotazováni, zda obava z vyrušení má vliv také na použití či nepoužití pomůcek pro bezpečnější aplikaci (alkoholové desinfekce, filtry apod.), případně na techniku aplikace. Všichni 4 respondenti připustili, že tento stres má vliv na aplikaci drogy a to v negativním slova smyslu (*„...protože když se bojím, že tam někdo přijde, tak se na ten filtr vykašlu, někdy je trochu piplačka a s tím se mi v ten moment nechce dělat.“*, *„Určitě, když jsem ve stresu, tak si to střelím klidně po tmě, hlavně abych byl pryč.“*).

3.9.2. Aplikace drog na veřejnosti

Otázky směřující k aplikaci drog na veřejném prostranství byly položeny všem zúčastněným respondentům. Aktivní uživatelé drog byli dotazováni, zda

návykovou látku někdy na veřejnosti užili, případně co je k tomu vedlo a kolik dalších osob užívající drogy na veřejných místech znají. Respondenti ze skupiny C a D byli dotazováni na jejich zkušenosti s tímto fenoménem, především jak často se s ním setkávají.

Zkušenost s užitím drogy na veřejném prostranství potvrdili všichni respondenti ze skupiny A a B. Toto lze vzhledem k životnímu stylu a vzorci užívání návykových látek u problémových uživatel drog očekávat. Celkem 7 respondentů ovšem nejčastěji aplikuje drogu právě na veřejném prostranství, což je více než polovina dotázaných (7 z 12 respondentů).

V návaznosti na uvedení zkušenosti s aplikací drogy na veřejném prostranství jsem se ptal na motivy k takovému chování. Zcela jednoznačně byla jako nejčastější důvod uváděna existence abstinčních příznaků spolu s místem nákupu drogy. Tato odpověď se dá dále interpretovat tak, že uživatel po nákupu drogy chce drogu co nejdříve aplikovat, aby předešel dalšímu rozvoji abstinčního syndromu. Protože velmi často dochází k prodeji drog na otevřené drogové scéně, která se v hl. m. Praze nachází především v centru města, dochází k situaci, kdy uživatel drog musí hledat místo k aplikaci drog v hustě frekventované lokalitě, která nenabízí příliš možností, kde drogu aplikovat bez rizika kontaktu s veřejností. Svoji osobní zkušenost jeden z respondentů popisuje takto: *„Většinou to tak dopadne, protože často kupuju matroš v centru. Když tam přijedu, někdy trvá docela dlouho, než něco seženu. A pak už se mi zase nechce hledat nějaký skrytý místo, nechce se mi jezdit zpátky na squat. Tak si to dám někde, kde doufám, že dlouho nikdo nepude. Což se někdy nepovede, že jo.“*

Při otázce na počet dalších osob, které respondenti užívající návykové látky znají a rovněž užívají drogy na veřejnosti, se nejčastěji objevovalo odpovědi „desítky“ a „stovky“. Při doptávání na přesnější údaje se většina odpovědí nacházela v intervalu od 50 – 300 osob. Pro všechny respondenty bylo problematické přesný počet osob kvantifikovat. Většina uživatelů drog, kteří se pravidelně vyskytují na otevřené drogové scéně, udržuje poměrně širokou síť kontaktů, která jim

umožňuje na drogové scéně fungovat. Je pravděpodobné, že každý z respondentů zná velké množství uživatelů drog jednoduše „od vidění“ na základě každodenního pohybu po otevřené drogové scéně v jedné lokalitě. Někteří z respondentů to komentovali tak, že se nejedná o známosti, v tom smyslu, že by konkrétní osoby hlouběji znali (např. jménem), ale že je zkrátka identifikují jako součást komunity dané drogové scény: *„Je to těžký říct, prostě když přijdu třeba na Můstek, tak tam všechny od vidění znám, ale jménem jen některý. Ale o všech těch lidech, který tam vidím, vim, že si určitě někdy dávali třeba v parku nebo tak. To ani jinak nejde, když seš ve městě nebo nemáš kde bydlet.“*

Všichni respondenti ze skupiny C a D, kteří byli dotazováni na jejich zkušenosti s tímto fenoménem, potvrzovali, že se s ním setkávají. Až na některé výjimky se všichni respondenti s tímto setkávali přímo při své profesi, nicméně všichni hovořili o tom, že se s aplikací nelegálních (injekčních) drog na veřejnosti setkávají pravidelně i v soukromém životě. Nejčastěji přichází do kontaktu s uživateli drog, kteří aplikují drogu na veřejnosti, pracovníci, kteří se při práci pohybují na otevřené drogové scéně nebo v exponovaných lokalitách, jako je centrum města. V tomto případě se jedná o téměř každodenní zkušenost (*„Při pochůzce se s tím setkávám prakticky denně nebo možná několikrát do týdne. A když už je nevidím přímo, že si píchají, tak poznám ty místa, kam často choděj, třeba podle stop.“*

Specifickou zkušenost mají také pracovníci programů kontaktního centra, kteří byli mezi oslovenými respondenty. Ačkoliv prostory kontaktního centra nelze v duchu výzkumu chápat jako veřejné prostranství, zaznamenaná zkušenost je taktéž zajímavá: *„Při své profesi, to znamená v našem kontaktním centru, se s ní setkávám. Aplikace drog je zde sice přísně zakázána, ale klienti toto pravidlo porušují. Zpravidla to zjistíme až později, z nějakých nepřímých důkazů, jako je třeba použitý HR materiál na toaletě. Výjimečně se klient pokusí aplikovat si přímo v kontaktní místnosti. Kdybych se měla pokusit to nějak kvantifikovat, tak k tomu dochází tak jednou za dva týdny. V zimě častěji než v létě.“*

Z výpovědí respondentů vyplývá, že se aplikace drog na veřejnosti je relativně častý fenomén, který lze především centrálních částech města zaznamenat. Ze strany uživatelů lze tomuto chování porozumět tak, že se jedná o přirozený projev závislosti (existence abstinčních příznaků) společně s důsledky jejich životního stylu a chování, kdy mají tendenci trávit čas na otevřené drogové scéně, ať už z důvodu obchodu s návykovými látkami či udržování sociálních kontaktů. Tento kontext vede k potřebě užít drogy v místě, kde se nejčastěji pohybují a kde není příliš možností, jak efektivně toto chování ukrýt (všichni oslovení respondenti užívající návykové látky hovořili o potřebě toto chování z různých důvodů skrýt). Zároveň musíme vzít v úvahu část uživatelů drog, kteří na základě asociálních (antisociálních) vzorců v jejich chování nepovažují za nutné takové jednání skrývat nebo může být dokonce projevem protispolečenské vzpoury, pomsty nebo projevem poruchy osobnosti.

Aplikace drog na veřejných místech je některými z respondentů vnímána pouze jako součást problematiky projevů otevřené drogové scény. Ve svém důsledku ji respondenti (2) nepovažují za nejproblematictější jev, který způsobuje problémy s narušováním veřejného pořádku nebo pohoršováním okolí. Není to ani primární, často zmiňované téma při jednáních na úradech řešících téma otevřené drogové scény (*„Já jsem se s nějakou vysokou mírou stížností na aplikaci drog nesetkal, nesetkal jsem s tím ani při jednáních ze strany represivních orgánů...“*). Dominantní podíl na vytváření negativního obrazu otevřené drogové scény má samotný pohyb závislých osob v centrálních částech města (*„Binec, hluk, zápach, pohyb těchto lidí v exponovaných lokalitách...“*). Velká kumulace těchto osob v jedné lokalitě budí v lidech strach, pohoršení a další negativní reakce. Policie tak často neřeší konkrétní problém aplikace drogy na veřejnosti, ale nejčastější zakázkou je řešení narušování veřejného pořádku (*„Je to ten public nuisance, který je hlavním tématem.“*). Zdroj problémů a negativního postoje veřejnosti, úřadů můžeme spatřovat ve střetu práva na využívání veřejného prostoru několika skupin – veřejnosti, uživatelů drog, podnikatelů..., *„Ti lidé (uživatelé drog) okupují veřejný prostor, na který mají ostatní úplně stejné právo jako oni.“*

3.9.3. Výběr místa pro aplikaci drog

Na výběr místa, kde bude uživatel drog aplikovat drogu, působí podle výpovědí respondentů několik faktorů. Do určité míry se shodují s faktory ovlivňující čas, který aplikaci věnují. Jedná se o roční období (počasí), existenci abstinčních příznaků nebo jakou míru soukromí a bezpečí poskytuje dané místo. Všichni respondenti uváděli, že je pro ně důležité, aby v místě aplikace bylo nízké riziko vyrušení/objevení. Nejvíce obávanou situací je přerušení aplikace policií. Tuto eventualitu zmínili 4 respondenti, aniž by na to konkrétně byli dotazováni (*„Nejhorší by si bylo, když do toho přijdou policajti. To pak nemusí být vůbec dobrý.“*).

Všichni respondenti očekávají od vybraného místa klid, který jim umožní věnovat aplikaci dostatečný čas. Ve 3 případech to bylo dále vysvětlováno tak, že dostatek času respondentům umožňuje věnovat pozornost přípravě a správné technice aplikace (*„...no a já třeba rád filtruju i několikrát a to prostě chvíli trvá.“*, *„Když na to moc spěchám, tak se mi stalo, že sem si dala blbě, hodněkrát, takže abscesy a tydle věci...Potřebuju na to ten čas, aby to nedopadávalo, jak sem říkala.“*).

V neposlední řadě byl opakovaně zmiňován faktor vzdálenosti. Celkem 4 respondenti se vyjadřovali tak, že je pro ně důležité, aby nemuseli místo dlouho hledat, respektive na místo dlouho cestovat (*„...jasný, že třeba kdybych jel támhle někam do lesa, tak mě tam nikdo nenajde, ale to se mi zas nechce...“*). Na druhou stranu 2 z respondentů uvedli, že jsou ochotni věnovat i delší čas dopravě na pro ně bezpečné místo (*„Pro mě je nejlepší squat, kde bydlím, tam je to nejvíc v klidu, tak tam klidně jedu po tom co nakoupím, stejně tam bejvám nejčastěji.“*)

Ačkoliv se nejedná o reprezentativní vzorek uživatelů drog, lze usuzovat, že hledání místa pro uskutečnění aplikace drogy věnují uživatelé častokrát větší pozornost, nežli se může například veřejnost domnívat. Populace uživatelů drog je heterogenní skupina, v níž jednotlivci fungují s velmi rozdílnými vzorci chování. Podle výpovědí zúčastněných respondentů se lze domnívat, že existuje široká

skupina uživatel drog, pro které je prostředí, ve kterém mají užít drogu, důležité. To může odporovat někdy obecně přijímanému dogmatu, že závislý člověk si bude aplikovat drogu kdekoliv bez ohledu na okolí. Ačkoliv z výpovědí respondentů spíše vystupuje motiv pro vhodný výběr místa ochrana jich samých (ochrana před vyrušením, dostatek času na aplikaci apod.), ve výpovědi 2 respondentů se objevil také zájem o okolí, respektive veřejnost (*„...mě se nelíbí, když někdo si prostě sedne na lavičku a tam si to začne dávat, pak to viděj třeba děti, to je hnus. Nechápu, proč si prostě někam nezaleze.“*, *„Některý smažky to neřešej, vpálí si to třeba v metru....Já bych je za to zřackoval, to sou dobytci...“*)

3.9.4. Otevřená drogová scéna

Téma otevřené drogové scény jsem se snažil otázkami rozvést ve dvou rovinách. Z pohledu uživatelů drog (respondenti skupiny A, B) při objasňování motivů jejich pohybu po otevřené drogové scéně a z perspektivy pracovníků (respondenti skupiny C, D), kdy mě zajímala jejich profesní zkušenost s výskytem otevřené drogové scény a jejími dimenzemi.

Při určení převažujícího důvodu výskytu na otevřené drogové scéně respondenti skupin A a B nejčastěji uváděli nákup drog (7 respondentů), dále kontakt s přáteli a známými (3 respondenti), 1 z respondentů považuje otevřenou drogovou scénu za místo, kde prakticky bydlí, 1 respondent nebyl schopen dominantní důvod určit. V praxi se však ukazovalo, že se jedná ve většině případů o spojení více důvodů.

Vztah uživatelů drog k otevřené drogové scéně a jejich výskyt zde je velmi individuální záležitostí. Objevovaly se odpovědi, naznačující, že snahou některých respondentů (5) je na otevřené drogové scéně trávit co nejméně času (*„Já si tam zajedu nakoupit a pak hned jedu zpátky. Nemám důvodu, ani mě to tam nebaví, se tam flákat, jak to některý dělaj, celej den.“*). Množství času, které na otevřené drogové scéně respondenti tráví, zřejmě také souvisí s převažujícím způsobem jejich obživy, získávání finančních prostředků (*„Já na to prostě nemám čas, když potřebuju udělat tolik a tolik peněz...Sbírám železo a další věci a to tam*

většinou v centru moc není.“). V jedné z odpovědí se projevil až určitý projev averze k otevřené drogové scéně ze strany uživatele drog: „Já tam prakticky skoro nechodím, jestli myslíš třeba na ten Václavák. Já to tam nesnáším, ty lidi a tak, chovaj se jak magoři, mě to vadí. Když už, tak, jenom nakoupit a hned pryč, ale stejně to nejčastěji řeším přes kámoše.“

Pro část respondentů (3) ze skupin C a D je otevřená drogová scéna místem, kde přímo vykonávají z převážné části svoji profesi. Všichni ostatní (10 respondentů) se s tímto fenoménem setkávají zprostředkovaně. Jedná se o místo, kde tráví jejich klienti/pacienti velkou část dne, jedná se o prostor, který je cílovou lokalitou realizace řady programů protidrogové politiky.

3.9.5. Povědomí o projektu AM

Součástí výzkumu bylo zjišťování povědomí o programu AM mezi dotazovanými respondenty, konkrétně zda o této službě již někdy v minulosti slyšeli. Ze skupiny respondentů A a B pouze 1 respondent sdělil, že o tomto projektu nikdy neslyšel a že se s ním seznámil až na základě realizovaného interview. Ze skupiny C a D byli s projektem základně seznámeni všichni respondenti.

Respondenti nebyli záměrně dotazováni na zdroj informací o projektu AM, přes to většina respondentů přirozeně zdroj jejich povědomí o službě identifikovala.

V rámci skupiny A a B byly nejčastěji zmíněny tyto informační zdroje:

- Pracovníci nízkoprahových služeb (3 respondenti)
- Sdělovací prostředky (2 respondenti)
- Známi, přátelé (2 respondenti)
- Osobní zkušenost (1 respondent)

Ve skupině C a D se jednalo o tyto zdroje informací:

- Odborná literatura (3 respondenti)
- Odborné konference, semináře (2 respondenti)
- Kolegové z oboru (2 respondenti)

- Osobní návštěva zařízení (2 respondenti)
- Sdělovací prostředky (1 respondent)

3.9.6. Hodnocení služby AM

Výzkumným záměrem bylo zmapování názorů a pohledů nejen potenciálních uživatelů služby AM, ale také zástupců zainteresovaných institucí, které bychom mohli zařadit do multi-resortní skupiny (jak o ní hovoří Hunt, 2008), kterou tvoří takové instituce, který by mohli a měli být vtaženy do diskuze při rozhodování o vzniku projektu jako je AM. Otázky byly směřovány na názor respondentů na tento program, a zda si respondenti dokážou představit fungování tohoto programu v Praze. Tyto základní otázky byly případně dále rozváděny doplňujícími otázkami směřujícími především k hodnocení případné realizace služby AM v Praze.

Nadpoloviční většina respondentů ze skupiny C a D (8 respondentů) ve svých odpovědích jednoznačně označuje AM za projekt, který považují za smysluplný a vnímají benefity, které může přinést tento program jako klientům (problémovým uživatelům drog) tak společnosti. Nejčastěji jsou zmiňovány zdravotní dopady pro uživatele drog a kultivace drogové scény (o očekávaných dopadech více v kapitole 3.9.7.). „*Aplikační místnost je služba, která má velký smysl. Domnívám se, že by měla být součástí sítě služeb v Praze a mohla by vést ke zlepšení situace v Praze.*“; „*Podle mě je to užitečný nástroj, jak dál a intenzivněji pracovat s klienty. Může to ještě dál podpořit i ten preventivní rozměr těchto služeb.*“

Další skupina respondentů (4) je v hodnocení zdrženlivější. Na jednu stranu si uvědomují, že služba může přinést pozitiva, zároveň se ale obávají rizik, která v souvislosti s projektem vnímají. Prvním souborem obav respondentů jsou konkrétní rizika, která považují za reálná a ohrožující pro chod zařízení i okolí. Nejčastěji se jedná o kumulaci uživatelů drog v okolí, přesun drogové scény nevhodným směrem a lokální zhoršení situace v okolí z důvodu zvýšení počtu uživatelů směřujících využít program („*Může se také stát, že sice tedy ubude*

případů, kdy si toxici aplikují drogy támhle v parku, ale zase budeme řešit stížnosti občanů támhle, kteří se proti tomu budou pochopitelně bouřit a to prostě není řešení. Je to těžký.“). Dalším zmiňovaným argumentem, který relativizuje jednoznačně kladné hodnocení služby, je finanční náročnost. Podle respondentů (2) bude provoz velmi drahý, obávají se, že na toto nejsou peníze a zároveň si nejsou zcela jisti významným zlepšení situace na základě vynaložených prostředků (*„Já se prostě bojím, že to bude stát spoustu peněz a ten efekt nebude takový, jak to možná všichni čekají.“*). Respondenti (2) také polemizují nad dopady realizace AM v Praze, nečekají zásadní zlepšení situace a zároveň vyslovují pochyby, zda je tato služba pro Prahu nezbytná. Hlavními argumenty jsou nízká míra fatálních předávkování a relativně příznivá epidemiologická situace v populaci injekčních uživatelů drog.

Ve výzkumném souboru se objevil také respondent (1), který hodnotí program AM spíše negativně. Domnívá se, že převažují spíše negativa, která může služba přinést, služeb pro drogové uživatele jej již dostatek a zároveň si nedokáže představit fungování z legislativních důvodů. S fungování také služby má i osobní potíže (*„Já se přiznám, že tohle je už pro mě moc. Myslím si, že tyhle lidi by měli mít omezenou nabídku pomoci a pokud s tím nic nechtějí dělat, tak je to jejich věc.“*).

Na otázku, zda si dokážou respondenti představit fungování AM v Praze, se vyskytly početně stejné skupiny odpovědí. Provoz AM v Praze si dokážou představit 4 respondenti, opak, tedy že fungování AM v Praze je nepředstavitelné, odpovídají 4 respondenti. Taktéž 4 respondenti nedokážou zhodnotit, zda je realizace reálná, podmiňují uskutečnění programu dalšími aspekty (konkrétní umístění AM, finanční situace, změna politické reprezentace aj.). *„No momentálně moc ne. Problém vidím jednak ve financování, když i zavedené sociální služby mají stále větší problémy, a pak s postojem veřejnosti.“*

3.9.7. Zmapování očekávaných dopadů na otevřenou drogovou scénu

V teoretickém vstupu této práce jsem předložil několik dopadů na drogovou scénu, které lze očekávat a z nichž některý byli i výzkumně ověřovány. Odvíjejí se od definovaných cílů AM, jak je popsali autoři odborné literatury (např. Hedrich, 2004; Hunt, 2010). Ve svém výzkumu jsem se snažil zaměřit na očekávání, které mají respondenti především ze skupiny C a D, tedy pracovníků adiktologických služeb, výzkumníků, represivních a úředních orgánů apod. Zároveň jsem se snažil zjistit, zda by existence AM v Praze měla vliv na chování aktivních uživatelů drog v jednom z aspektů užívání drog, konkrétně tedy na výběr místa, kde užijí drogu.

Na úvod lze konstatovat, že očekávání respondentů jsou velice široká a v podstatě kopírují teoretické předpokládané cíle definované v odborné literatuře. Zároveň se ovšem také objevuje určitá skepse ohledně dopadů AM na otevřenou drogovou scénu (3 respondenti). Pro významnou část respondentů je také těžké teoretické dopady předpovědět, případně je podmiňují určitými faktory nebo parametry AM (4 respondenti).

Respondenty sdělená očekávání lze rozdělit na dvě hlavní oblasti a těmi je dopad na zdraví klientely a efekt na veřejný pořádek a negativní projevy drogové scény. Mezi nejčastěji zmiňovaná očekávání pro oblast zdraví patří:

- Méně případů zdravotních obtíží (2 respondenti)

„Mohlo by ubýt takových těch zdravotních komplikací jako třeba abscesy, flegmony apod.“

- Snížení počtu přenosů infekčních onemocnění (2 respondenti)

„Myslím, že by to mohlo přispět prevenci šíření infekčních onemocnění, snížit počet nových případů.“

- Menší počet předávkování (2 respondenti)

„Já vím, že tady není moc předávkování, především těch fatálních, ale přes to to může být další preventivní opatření, který může ten počet ještě dále snížit, případně

minimalizovat dopady a zjednodušit řešení i těch méně závažných případů předávkování, kdy aktuní není ohrožen život. “

- Umožnění bezpečnější a hygieničtější aplikace (1 respondent)

„Bylo by to místo, které nabídne bezpečné a především hygienické prostředí pro aplikaci drogy. “

Další oblastí, ke které směřují očekávání respondentů, je minimalizace projevů otevřené drogové scény, její kultivace, popřípadě i její minimalizace. V této kategorii lze identifikovat 2 okruhy konečných dopadů na otevřenou drogovou scénu:

- Snížení počtu uživatelů drog na otevřené drogové scéně (2 respondenti)

„Byli by méně vidět (uživatelé drog). “; „Možná by ubylo lidí, kteří se pohybují na otevřené drogové scéně. “

- Kultivace drogové scény – pod tímto termínem respondenti (6) dále rozumí:

- snížení agresivity na otevřené drogové scéně

„Mohlo být ubýt agrese na otevřené drogové scéně, která je často způsobena právě přerušením aplikace drogy např. policií. “

- zlepšení vztahu mezi uživateli drog

„Policista by je měl kam odkázat např. v případě, kdy si uživatel aplikuje na veřejnosti a policista musí zakročit. “

- snížení nepořádku

„Mohlo by to vést ke snížení nepořádku v ulicích nebo místech, kde je otevřená drogová scéna a dochází tam často k aplikaci drogy. “

- snížení počtu případů aplikace drog na veřejnosti

„No tak snad by to mohlo mít ten efekt, že si ti lidé nebudou aplikovat drogy přímo na ulici nebo v parku, ale že tam zajdou (do AM). “

- socializace uživatelů drog

„Injekční aplikace drog je pro uživatele rituál...A tato jejich každodenní, pro ně důležitá činnost, je prováděna ve špíně, v bahně....Aplikace drogy v důstojném, hygienickém prostředí s pravidly by mohla znamenat, moje fantazie, takovou jejich

cestu k většímu respektu k sobě samému, okolí, cestě k důstojnosti, státi se hodnějším.“

Část respondentů (4) nebyla schopna svá očekávání přesně formulovat, respektive nedokázali popsat a odhadnout, jaké konkrétní dopady bude mít realizace AM pro otevřenou drogovou scénu. Částečně to bylo dáno tím, že efekt AM podmiňovali konkrétními podmínkami a podobou realizace projektu (*„To nevím, nedokážu si to představit. Asi by záleželo, jak velká by to služba byla, jakou by měla kapacitu.“*; *„Asi by hodně záleželo na tom, jaká pravidla by AM měla, mám na mysli třeba omezení doby pobytu. Také by situace byla úplně jiná, kdyby těch AM bylo více.“*). V dalších případech toto nedokázali vůbec odhadnout (*„Já fakt nevím, jestli by to něco změnilo.“*; *„Těžko říct, jestli by to nějaký dopad mělo.“*).

V několika případech respondenti (3) formulovali určitou skepsi nebo obavy ohledně dopadů na otevřenou drogovou scénu. Ve 2 případech se objevila obava z velkých (nepřiměřených) očekávání, která nemůže projekt AM splnit (*„Jestli si slibujeme od AM, že z Václaváku zmizí klienti, tak to se asi bohužel zcela určitě nestane.“*; *„No tak dragová scéna asi nezmizí, možná se nám jí podaří někam kousek přesunout, ale kam vlastně, že jo?“*). Velký důraz respondenti (2) kladou na formulování reálných cílů AM (*„Je důležité definovat přesně reálné a splnitelné cíle, jinak hrozí, že AM bude pro veřejnost, úřady, donátory vlastně neúspěšná.“*). Reálnost a pragmatičnost realizace AM dále respondenti popisují tak, že tento projekt by měl být chápán jako součást řešení, nikoliv jako cíl, který situaci nějakým způsobem zásadně změní.

3.9.8. Očekávaná pozitiva a negativa realizace služby AM

Pozitiva programu AM, jak je vnímají respondenti, se v mnohém shodují s očekávanými dopady na otevřenou drogovou scénu. Nejčastěji se objevuje možnost odeslání uživatele drog, který aplikuje na veřejnosti do AM a tedy úbytek případů aplikace drog na veřejnosti a znečišťování veřejných prostranství obaly od zdravotnického materiálu, dalším pozitivem, o kterém respondenti nejčastěji hovoří, je možnost ovlivnění otevřené drogové scény směrem k její

omezení, případně přesměrování na určité místo. Dále je velmi často zmiňován pozitivní dopad na zdravotní stav uživatelů drog.

Podle předložených hodnocení dopadů činnosti AM v teoretické části (viz 2.11) lze konstatovat, že vnímání pozitiv AM, včetně očekávaných dopadů, jsou reálná. V případě vnímaného pozitiva AM omezení či odklonění drogové scény na vhodnější místo je zapotřebí určité opatrnosti a zdrženlivosti. Hedrich (2004) upozorňuje, že snaha o přesun drogové scény nemusí být vždy reálná. Velký význam pro reálný dopad AM má také konkrétní nastavení programu, například jaká pravidla zde budou uplatňována (např. limitace vstupu pouze pro osoby s trvalým bydlištěm v lokalitě AM), kapacita služby, otevírací doba apod. Je také možné konstatovat, že v některých městech (např. Amsterdam, Frankfurt), kde se nachází AM je provozována více než jedna AM a efekt této služby je tak znásoben. V takovém případě je také možné provozovat AM se zmíněným omezením vstupu spojeným s místem pobytu a předejít tak některým obavám, který zaznívali i z úst oslovených respondentů.

Prvním ze zmiňovaných rizik, je kumulace uživatelů drog v oblasti, kde bude provozována AM. Toto možné riziko zmiňuje celkem 5 respondentů z 13, kterým byla položena otázka na možná rizika (*„Já si myslím, že to přitáhne lidi na nějaký místo, kde se zase objeví problémy, lidi si budou stěžovat.; „Je možné, že v okolí bude více uživatelů, kteří budou chtít program využít. Hodně to záleží na kapacitě té služby nebo otevírací době.“*). U některých respondentů vychází obava ze zkušeností, které mají z fungování služeb v Praze. Ve 3 případech situaci popisují tak, že se setkávají s nedostatečnou kapacitou služeb, respektive vnímají nedostatečný počet zařízení vůči počtu problémových uživatelů v Praze (*„Těch uživatelů je tady tolik, že pokud třeba chtějí využívat káčka, tak logicky to je v okolí vidět. Stejně je to třeba se substitucí, jejíž kapacitu považují za velice nedostatečnou...Tak mám prostě obavu, že to může způsobit větší počet uživatelů v okolí.“*).

Se zmiňovaným rizikem kumulace uživatelů drog v oblasti AM, které někteří respondenti udávají, úzce souvisí další riziko, které se často objevovalo ve výpovědích respondentů. Jedná se o negativní reakci okolí nebo veřejnosti jako takové. Lze předpokládat, že respondenty silně ovlivňuje současná situace v Praze, kdy se některé služby opakovaně dostávají pod tlak veřejnosti nebo lokálních úřadů. Tento tlak v některých případech vedl i k nutnosti hledání nového místa. Riziko zamítavé reakce veřejnosti/okolí zmiňuje nadpoloviční většina respondentů (8). *„I vzhledem ke svým zkušenostem za největší riziko považuji hlavně přijetí tohoto programu společností. Když vidím, jaké mýty a polopravdy panují třeba jen okolo kontaktních center.“* Ve 3 případech toto riziko považují respondenti natolik závažné, že s ním spojují nemožnost realizace AM nebo brzkého zániku služby (*„Já si myslím, že to lidi prostě nevydejchaj a takový zařízení prostě vyženou.“*).

Dalším rizikem, které respondenti (3) zmiňují, je zvýšený výskyt prodeje drog v okolí. Toto riziko spojí s tím, že existence AM přitáhne pozornost dealerů drog, kteří budou využívat vyššího počtu potenciálních zákazníků v místě (*„Bojím se, že to povede ke zhoršení situace v oblasti a například zvýšení počtu prodejců drog nebo výskytu jiné kriminální činnosti.“*).

Za rizikové ve vztahu k provozování AM považují respondenti (2) také absenci jasného nebo existenci nereálného zadání, účelu, pro který má být AM zřízena. Toto riziko souvisí s obavou z nadměrných očekávání, která byla popsána v předchozím bodě. Nebezpečí tohoto rizika spatřují v tom, že realizace AM bez předchozí analýzy pouze na základě *„touhy mít toto zařízení v systému služeb“* může vést k neúspěšné realizaci programu a jeho předčasnému zániku.

3.9.9. Faktory, které zvyšují pravděpodobnost využití služby AM

Těžiště otázek, které měly pomoci definovat faktory ovlivňující pravděpodobnost využití služby, stojí na straně rozhovorů vedených s aktivními uživateli drog. Snahou bylo zjistit, co konkrétního potenciální uživatelé služby

očekávají, že bude v rámci programu nabízeno, jakou podobu by služba měla mít a zda existují důvody, pro který by službu naopak nevyužili.

Všichni oslovení respondenti ze skupiny A a B potvrdili, že si dokážou představit využívání služby AM. Důvody pro využití služby AM komentovali potřebou bezpečí (3 respondenti), kdy aplikaci ve venkovním prostředí pocítují jako rizikovou – hrozí konflikt s policií, veřejností. Dalším deklarovaným důvodem pro využití AM je míra komfortu, který by mohla služba AM pro ně nabízet (3 respondenti). Aplikaci drogy mimo určité zázemí pocítují respondenti jako diskomfort, který dělá aplikaci nepříjemnou, nehygienickou a také obtížnou - hovořili o roční době a vlivu počasí (*„Tak třeba v zimě by to bylo hodně příjemný, to normálně bejvá problém.“*; *„Mě se třeba zalejzat někam do křoví ekluje, ale když to jinak nejde, tak zvládnou.“*).

Důvodem pro nevyužití služby AM byly nejčastěji (4 respondenti) peníze, konkrétně situace, kdy by služba měla být zpoplatněna (*„Třeba kdyby to bylo za prachy, na to bych vysral.“*). Aniž bych se záměrně na téma zpoplatnění služby ptal, 2 respondenti v rozporu s vyjádřením předchozích respondentů sami prohlásili, že služby AM by neměli problém využívat i kdyby byla za peníze (*„Já bych klidně za to i zaplatila, stejně teď dám třeba paní na záchodě nějakou peníz, aby mě tam v klidu nechala dýl.“*). Dalšími důvody pro nevyužití služby byly:

- velká vzdálenost do AM (2 respondenti)

„Asi bych se nechtěl táhnout někam daleko.“

- příliš mnoho klientů – nedostatečná kapacita (2 respondenti)

„Já nesnáším, když je narvaný káčko, takže kdyby to tam (AM) měl být nějaký masakr, tak nebudu chodit, to mi za to nestojí.“

- nepříjemný, arogantní personál (1 respondent)

„Některý káčkaři bejvaj docela nepříjemný, takže by záleželo, kdo by tam (AM) pracoval. Jako na nějaký arogantní slečinky bych nebyl zvědavěj.“

- ostatní respondenti nesdělili žádný důvod

Součástí rozhovoru byla otázka na přijatelnou vzdálenost, kterou by potenciální uživatelé AM byli ochotni cestovat do zařízení. Polovina respondentů (6) udala čas do 15 minut, přičemž 3 z těchto respondentů připustili cestování hromadnou dopravou (*„Mě by nevadilo jet třeba 15 minut tramvají, metrem.“*). Další část respondentů (2) udala čas do půl hodiny. Ostatní respondenti (4) nebyli jednoznačně schopni čas nebo vzdálenost udat. Nejčastějším důvodem byl neznalost přesného umístění AM, které by pro ně bylo významné (*„Já hodně cestuju, nejvíc mezi Václavákem a Smíchovem, nejčastěji teda chodím pěšky. Kdyby to bylo někde na cestě, tak je mi to vlastně jedno, za jak dlouho se tam dostanu. Ale kdyby to mělo být někde na druhou stranu města, tak to zas ne samozřejmě.“*).

Mezi službami, které by respondenti uvítali v AM, zcela jednoznačně dominovala výměna injekčního materiálu. Pro tuto službu se vyslovili všichni respondenti skupiny A a B. Na otázku spektra nabízených služeb byli dotazováni i respondenti skupiny C a D a rovněž se pro tuto službu vyjádřila většina. Uživatelé drog dále hovořili o těchto službách:

- hygienický servis (4 respondenti)

„Mě by se líbilo, kdyby se tam šlo umýt, osprchovat.“

- potravinový a pitný servis (2 respondenti)

„Tak třeba kdyby se tam dalo koupit něco k jídlu.“; „Dobrý by bylo si tam dát kafe a posedět chvíli, tak snad by mě pak hned nevyhodili ne?“

- zdravotní poradenství (2 respondenti)

„Super by bylo, kdyby tam byl doktor, s kterým by se člověk mohl poradit.“

- předléčebné poradenství (2 respondenti)

„Ještě by bylo dobrý, kdyby se tam člověk mohl poradit třeba o léčbě nebo o problémech, co má, třeba jako tady.“

- non-stop provoz (1 respondent)

„Hlavně je důležitý, aby to bylo non-stop, jinak to bude k ničemu.“

Respondenti ze skupiny C a D nejčastěji hovořili o tom, že by složení služeb, které by bylo vhodné nabízet, připodobnili kontaktnímu centru. Někteří

z respondentů (2) naopak nepovažují za vhodné nabízet potravinový servis. Na tuto otázku nabízených služeb také několik respondentů (3) spontánně hovoří o podobě AM, která by se svojí formou přibližovala dennímu centru, kde by klienti mohli trávit více času. Obávají se, že pokud bude čas možného pobytu v AM pro klienty nějak limitován, nebude naplněno očekávání minimalizace drogové scény v oblasti prostřednictvím absorpce části uživatelů drog právě touto službou (*„Zajímavé by bylo, kdyby tam ti lidé mohli být třeba celé dopoledne nebo klidně celý den. V zahraničí taková denní centra bývají běžná. Na druhou stranu to pak hodně ovlivňuje kapacitu té služby.“*).

Ze sdělených odpovědí vyplývá, že mezi nejvýznamnější faktory lze řadit vzdálenost, kterou musí klient urazit do AM, dále finanční podmínky využití služby, kdy zpoplatnění by pravděpodobně odradilo významnou část klientely. Nabízené služby, které jsou pro cílovou skupinu atraktivní, lze charakterizovat jako služby základních potřeb – jedná se o hygienický a potravinový servis. Ukazuje se, že také výměnný program, který je v Praze nabízen několika programy, je stále velmi poptávanou službou a její nabídka není zcela dostačující.

3.9.10. Forma aplikační místnosti

Součástí polostrukturovaných interview bylo dotazování na preferenci určité formy AM, konkrétně mobilní AM a AM v podobě kamenného zařízení. S existencí těchto základních druhů AM byli všichni respondenti seznámeni před začátkem rozhovoru. Dotazování byli respondenti ze všech identifikovaných výzkumných skupin, výzkumným záměrem bylo tuto otázku dále rozvíjet dodatečným doptáváním na důvody konkrétní preference.

Z celkového počtu 25 respondentů by jednoznačně upřednostnilo mobilní AM pouze 5 respondentů. Oproti tomu 10 respondentů se vyslovalo pro kamenné zařízení. Zbylá a významná část respondentů nebyla schopna preferenci jednoznačně určit.

Respondenti, kteří zvolili mobilní formu, vyzdvihovali především samotnou podstatu tohoto typu AM, tedy že se jedná o mobilní zařízení, které dokáže rychle reagovat na změny na otevřené drogové scéně, dokáže se geograficky přiblížit cílové populaci a zvýšit tak pravděpodobnost využití služby (*„Auto prostě přejede z jednoho ohniska k druhému, jedna služba byt tak fakticky mohla zastoupit více aplikačních místností. Není totiž pravděpodobné, že by třeba klienti z Palmovky jezdili aplikovat do nějakého zařízení v centru města.“*). V této skupině respondentů byl také jednoznačně pozitivně vnímán aspekt obhajitelnosti služby vůči veřejnosti, místním úřadům, místní komunitě (*„Podle mého názoru je to momentálně jediná možnost, jak takovou službu v Praze rozjet, místo pro kamenné zařízení se bude hledat jen velmi obtížně, spíše to považuji za nereálné“*). Do protikladu byl stavěn model kamenného zařízení, jehož umístění považují respondenti za problematické. V neposlední řadě byl zmíněn finanční aspekt, kdy 1 z respondentů preferujících realizaci mobilní AM považuje tuto variantu za nákladově přijatelnější, nežli provoz kamenného stabilního zařízení (*„Je třeba také vzít v úvahu peníze a z toho pohledu tahle varianta (mobilní AM) bude levnější.“*). Další specifický pohled přinesl 1 z respondentů – uživatelů drog, který si od mobilního zařízení slibuje větší anonymitu (*„Pro mě by to bylo asi i lepší z pohledu soukromí, bylo by to víc nenápadnější, podle mě. Když vlezeš to baráku, na kterém je nápis šlehárna, tak je přeci jen jasný, co jseš zač. Ta dodávka by mohla bejt nenápadnější.“*)

Skupina respondentů, jejichž preference stojí spíše na straně stacionárního zařízení, hovořili nejčastěji o limitech mobilní varianty a naopak o možnostech kamenné služby. Mobilní služba je vnímána jako ne zcela plnohodnotná, provizorní. Podle většiny respondentů neumožňuje prostor dodávky hlubší práci s klientem a služba se tak omezuje pouze na akt samotné aplikace a doprovodného poradenství, což považují respondenti za nedostatečné. Prostor kamenného zařízení nabízí větší možnosti již na základě délky pobytu, po kterou může být klient v zařízení (*„Obávám se, že auto bude jenom pro tu aplikaci. Zároveň ta kapacita bude asi hodně malá, 1 – 2 klienti a tak bude tlak na to tam ty uživatele“*)

nedržet moc dlouho. V normálním zařízení přece jen bude toho času na práci více.“). Kamenné zařízení je vnímáno jako varianta, která nabízí komplexní spektrum služeb. Objevuje se také přesvědčení (3 respondenti), že pouze AM typu kamenného zařízení může mít reálný efekt a dopad na otevřenou drogovou scénu ve smyslu její minimalizace, respektive ve smyslu ochrany veřejného pořádku. Toto přesvědčení respondentů je založeno na kapacitě služby, kterou nabízí a možnosti „absorbovat“ část scény dovnitř zařízení. Efekt automobilu je podle respondentů omezený, soustředí se především na zdravotní oblast a fenomén aplikace drog na veřejnosti (*„Pokud to (AM) má mít nějaký výraznější efekt na chování toxikomanů nebo pokud by to dokonce mělo ty lidi někam přesměrovat, tak to musí být kamenné zařízení, podle mě ten automobil moc neřeší. Řeší se pouze ta aplikace, ale ty lidi pak vyjdou ven a budou tam dál.“*).

Poslední částí respondentů je skupina, která nemá na tuto věc vyhraněný názor. Jsou si vědomi výhod i nevýhod obou variant. Objevují se také představy o ideálním řešení, za které považují respondenti (2) kombinaci těchto forem, tedy existenci jednoho nebo více kamenných zařízení a současný provoz mobilní AM, která by se soustředila na menší lokální drogové scény.

V této souvislosti se také v několika případech (4 respondenti) objevuje téma vzniku integrovaných AM, které by vznikly doplněním nabízených služeb již existujících kontaktních center. Respondenti tuto variantu chápou jako logický krok rozvoje služeb, podle výpovědi některých respondentů (2) by se jednalo do jisté míry o zlegalizování praxe, které nelze zcela stoprocentně zabránit (*„Samozřejmě se děje i dnes, že v kontaktním centru nelze zabránit na sto procent tomu, že si ti klienti drogu aplikují, třeba na záchodě. Tak proč to nějak, samozřejmě po pečlivých přípravách i vnitřních úpravách, neoficiálně, upravit to pravidly.“*).

Část respondentů (3) zmiňuje, že považují za nezbytné, aby AM byla zdravotnickým zařízením, které by dodržovalo přísné zdravotnické standardy.

3.9.11. Místo realizace, otevírací doba

Určení místa, kde by mě být realizována AM, byla pro respondenty obtížná otázka. Zatímco pro skupinu respondentů užívající návykové látky (skupina respondentů A a B) byla odpověď poměrně jednoznačná, téměř všichni respondenti (9 respondentů) považují za vhodné umístění služby AM blízké okolí otevřených drogových scén (*„Asi někde poblíž Hlaváku nebo Václaváku, tam s tím bývá největší problém.“*; *„Myslím, že kdekoliv v centru, aby to nebylo daleko, to by to mělo největší smysl.“*), respondenti ze skupiny odborníků, úředníků, policie aj. (skupina C a D) mají s výběrem vhodné lokality větší problém.

Do popředí vstupuje uvědomovaný střet mezi zájmy cílové skupiny AM a pohledu místních komunit – obyvatel, podnikatelů apod. Ze 13 respondentů ze skupiny C a D celkem 6 respondentů váhá a za všechny lze uvést jednu z opovědí, která vystihuje vnitřní polemiku všech ze zmíněné skupiny: *„Tak to je těžká otázka. Vlastně teoreticky je to jednoduché, protože teorie, i zahraniční praxe říká, že je dobré takový program umístit v blízkosti scény, tam, kde jsou ty problémy. Ale ta realita, případné zahájení služby v Praze, bude mnohem těžší. V Praze se drogová scéna vyskytuje nejvíce v samotném obchodním i turistickém centru města, kde s akceptací takové služby bude problém. A že ty programy mají problémy, vidíme už dnes.“* Respondenti si na základě znalosti odborné praxe nebo vlastního úsudku uvědomují, že přiblížení služby k cílové skupině je do jisté nezbytné, zároveň se ale obávají, že provoz AM může být vnímán jako velmi problematický a obtížně obhajitelný.

Další skupinu (3 respondenti) spojuje názor, že AM by měla vzniknout v místě, kde již existuje služba zaměřená na problémové uživatele drog. Takovou službou by z pochopitelných důvodů mohlo být kontaktní centrum pro uživatele drog (*„Osobně si myslím, že vytvářet úplně novou službu je zbytečný a asi i drahý, obzvláště v dnešní době, kdy se financí nedostává. Pro mě by dávalo smysl, kdyby se aplikace umožnila ve stávajících centrech, která už fungují, i to okolí je snad nějak relativně s nimi sžité.“*).

Část respondentů (2) určují konkrétní místo: „*Já vidím řešení v umístění takové té stavební buňky třeba v parku u Hlavního nádraží nebo na Karlově náměstí.*“ Ze zbývajících respondentů 1 odpovídající jednoznačně preferuje mobilní AM a nejedná se tedy o jedno místo, 1 respondent na tuto otázku neodpověděl.

Respondenti (12), kterým byla položena otázka na místo, které naopak považují za nevhodné pro fungování AM, odpovídali takto:

- příliš velká vzdálenost od otevřené drogové scény (4 respondenti)

„*Za nevhodné považuji provozovat AM příliš daleko místa, kde se vyskytuje otevřená drogová scéna, tedy například na kraji města.*“

- v blízkosti školského zařízení (4 respondenti)

„*Určitě ne v blízkosti školky, školy.*“

- u parku (2 respondenti)

„*Také by nebylo dobré, kdyby byl hned vedle park, to by vést k vzniku další drogové scény v tom parku.*“

- v obydlené zóně (2 respondenti)

„*Taková služba by určitě neděla dobrotu v rezidenční lokalitě, kde bydlí lidé.*“

- v turistické zóně (1 respondent)

„*Podle mě by to nemělo být v místech, která jsou turistická, tam to prostě nemá co dělat.*“

Otázky na otevírací dobu nebyly součástí základní sady polostrukturovaného interview, nicméně někteří respondenti (ze všech skupin) se k tomuto tématu spontánně vyjadřovali. Objevil se požadavek na 24 hodinový provoz (1 respondent). Nejčastěji však respondenti (4) nehovořili o přesném čase, po který by měla být služba v provozu, ale vyslovovali přesvědčení, že by program AM měl pokrývat dostatečně široký časový úsek, aby byl efekt programu pro okolí co největší („*Je to tedy hlavně otázka financí, ale pokud by případně služba AM fungovala třeba jen pár hodin denně, tak se obávám, že by to trochu postrádalo smysl.; Myslím si, že měla fungovat třeba po 12 hodin denně.*“).

3.9.12. Výzkumné otázky - odpovědi

V rámci výzkumu byly položeny 3 výzkumné otázky. Na základě analýzy odborné literatury a na základě odpovědí respondentů realizovaných interview je možné na tyto otázky odpovědět takto:

- 1) Jak je projekt aplikačních místností vnímán klienty nízkoprahových zařízení, pracovníky nízkoprahových zařízení, zaměstnanci státní správy a samosprávy a represivních orgánů?

Ze strany respondentů – uživatelů drog je možné očekávat zájem o nabízené služby AM a lze očekávat, že klienti současných nízkoprahových zařízení budou tuto službu využívat. Vzhledem k situaci na otevřené drogové scéně v hl. m. Praze a podmínkám spojených s aplikací drog přináší AM pro tuto cílovou skupinu nesporné benefity, které jsou pro respondenty studie atraktivní. Budou-li splněny některé základní podmínky, o kterých tato skupina respondentů hovoří, jako je bezplatnost, přijatelná vzdálenost, bude tato služba ze strany uživatelů drog přijata.

Rovněž nadpoloviční většina respondentů ze skupiny profesionálu, policistů, úředníků přijímá projekt AM pozitivně a spojuje si s případnou realizací programu pozitiva a kladná očekávání. Náhled na AM ovšem není ze strany těchto respondentů jednotný, na projekt AM nahlíží respondenti kriticky a zvažují také určitá negativa služby. Část respondentů varuje před přílišnými očekáváními. Obecně panuje mezi touto skupinou obava z obhajitelnosti této služby a předpokládají velké obtíže při prosazování a umístění zařízení.

- 2) Existuje potřeba tohoto typu projektu v hl. m. Praze?

Zhodnocením indikátorů potřebnosti, o kterých hovoří Hunt (2006 a 2008) a analýzou odpovědí respondentů lze dojít k závěru, že hl. m. Praha je vhodnou lokalitou pro realizaci služby AM, respektive jedná se o lokalitu, kde lze spatřovat potřebnost tohoto zařízení. Důvodem je především vysoká prevalence problémových uživatelů drog v hl. m. Praze, vysoká míra injekčního užívání drog

v této populaci, která je vysoce rizikovým faktorem pro šíření infekčních onemocnění (HIV/AIDS, virové hepatitidy) a také existence rozsáhlých otevřených drogových scén, které podle respondentů přinášejí problémy pro veřejnost a nejbližší okolí. Na základě výpovědí uživatelů drog lze také hodnotit jako nevyhovující, problematické a rizikové prostředí, ve kterém probíhá aplikace drog v hl. m. Praze. Z tohoto pohledu by byla realizace AM rovněž přínosná.

- 3) Jaká podoba aplikační místnosti je vhodná pro případnou realizaci v prostředí hl. m. Prahy (mobilní zařízení, kamenné zařízení, otevírací doba, místo realizace aj.)?

Vhodnou variantou AM pro realizaci v hl. m. Praze se jeví spíše kamenné stacionární zařízení, které nabízí širší spektrum možností a služeb, které lze v tomto typu zařízení poskytovat za vhodných podmínek. Lze tak usuzovat z počtu respondentů, kteří se přiklání k této formě. Existuje ovšem významná skupina respondentů, kteří vhodnost této podoby relativizují a poukazují na výhody mobilního zařízení. Jedná se především o téma obhajitelnosti a problematiky umístění kamenného zařízení, kdy se významná část respondentů obává obtíží spojených s hledáním místa pro provoz AM. Tito respondenti usuzují, že v případě mobilního zařízení tato starost částečně odpadá. Zodpovězení této otázky tak zůstává nejednoznačné a vyžaduje další analýzu konkrétních podmínek hl. m. Prahy.

3.10. Validita dat

Validita výzkumu byla zvýšena triangulací metod získávání dat a zdrojů dat. Data byla získána na základě studia dostupné odborné literatury, dalším zdrojem dat byly semistrukturované rozhovory s problémovými uživateli drog, třetím zdrojem byla data získaná z provedených interview s odborníky z oblasti adiktologie, práva, policie, výzkumu.

Setting polostrukturovaných rozhovorů byl volen podle preferencí respondentů. Motivací pro tento postup byl záměr co nejvíce eliminovat případné ovlivnění pravdivosti výpovědí jednotlivých účastníků výzkumu.

K provedenému výzkumu je třeba přistupovat s vědomím, že se jedná o kvalitativní přístup, který nám poskytuje celkem dobrou validitu, za to však nízkou reprezentativitu dat. Toto ovšem není předmětem výzkumu, který si kladl za cíl spíše identifikovat a interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný předmět, tedy problematiku AM.

3.11. Výzkumná omezení

Každý výzkumný projekt, jako i tento, se potýká s jistými limity a omezeními. Základním vědomím, skrze které musíme získaná data interpretovat, je skutečnost, že se jedná o práci kvalitativního charakteru, jejíž data nelze jednoduše zobecňovat. Zachyceny byly individuální názory stále relativně malého výzkumného vzorku, který zcela jistě není pro dané populace reprezentativní.

Nepodařilo se oslovit a zařadit do výzkumu žádného zástupce místní komunity, která je ovlivněna otevřenou drogovou scénou. Občané, lidé bydlící v dané lokalitě, podnikatelé jsou velice důležitou součástí jakékoliv případné diskuze o realizaci projektu typu AM. Absence zástupce této skupiny je proto dalším výzkumným omezením, se kterým je třeba výzkum hodnotit.

Vzhledem k možnostem a rozsahu diplomové práce je tato kvalitativní studie pouze částí úplné analýzy potřeb. Pro dosažení přesnějších výsledků by bylo třeba provést rozsáhlejší studii za použití vícero metod, např. ohniskové skupiny.

4. Diskuze

Ačkoliv k rozvoji nízkoprahových služeb zaměřených na práci s problémovými uživateli drog zde došlo s určitým zpožděním oproti zemím západní Evropy, je Česká republika v určitém ohledu v uplatňování HR principu na srovnatelné úrovni se zeměmi, kde tyto programy začínaly. V České republice se nachází poměrně hustá síť HR programů pokrývající nejen velké aglomerace, ale i jednotlivé kraje a okresní města. Některé konkrétní typy služeb vycházejících z principů HR zde ovšem nebyly doposud realizovány nebo fungovali pouze s obtížemi. Jedná se například o testování extází, programy výměny stříkaček ve věznicích, substituce heroinem nebo právě AM pro uživatele drog, které jsou ústředním tématem práce. Nabízí se logická otázka, proč se rozvoj HR služeb v České republice zastavil, alespoň co se rozmanitosti typů služeb týče, již velmi brzo po svém rozmachu v 90. letech minulého století? Přitom programy AM fungovaly ve světě již v době, kdy nízkoprahové programy byly zaváděny u nás. Je to dáno společenským nastavením a limity „co je ještě obhajitelné“ nebo jednoduše neexistuje potřeba tohoto programu v hl. m. Praze?

Česká republika se s prevalenčním odhadem problémového užívání amfetaminů 3,7 až 3,9 případu na 1 000 osob ve věku 15–64 řadí mezi průměrné státy Evropy, v případě opioidů patří prevalenční odhad problémového užívání necelé 2 případy na 1000 obyvatel ve věku 15–64 mezi podprůměrné hodnoty. Hl. m. Praha je v rámci České republiky nejzatíženější lokalitou, kde se soustředí značná část problematiky spojená s fenoménem problémového užívání drog (Mravčík et al., 2012; Janyšková, 2011; Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2011). Z tohoto pohledu, na základě zvážení indikátorů potřeby realizace AM, jak o nich hovoří Hunt (2006), je možné konstatovat, že situace v hl. m. Praze indikuje vhodnost realizace AM.

Jednou z oblastí, na které se AM zaměřují, je snížení míry předávkování (Hunt, 2008, Hedrich, 2004). Vysoká míra úmrtí spojených s užitím návykové látky se pak také stává jedním z motivů pro realizaci AM. Situace v České republice, potažmo v hl. m. Praze, je příznivá a tento indikátor nezakládá nezbytně potřebu

přistoupit k realizaci AM. Obdobná je situace v oblasti výskytu infekčních onemocnění (HIV/AIDS, virová hepatitida typu C). Naopak Česká republika patří mezi země s extrémně vysokým podílem injekčních uživatel mezi populací problémových uživatel drog, jedná se tedy z pohledu potenciálního šíření infekčních onemocnění a z pohledu veřejného zdraví o velmi rizikovou populaci.

Úroveň hygieny aplikace drog mezi problémovými uživateli v hl. m. Praze je poměrně obtížně stanovitelná a lze ji charakterizovat jako velmi individuální záležitost. Na základě získaných výpovědí respondentů lze usuzovat, že výběr místa pro aplikaci drogy, které by zaručovalo přijatelnou úroveň hygienických podmínek a dostatek času pro přípravu aplikace, je obtížný. Vzhledem k tomu, že se drogová scéna, v jejíž blízkosti dochází k velkému počtu aplikací drog, koncentruje v centrálních částech města, kde není příliš možností splňujících výše popsanou charakteristiku, lze vyvodit domněnku, že tato situace přispívá k nízké hygienické úrovni aplikace drog a může být potenciálně příčinou zhoršování zdravotní úrovně uživatelů drog, respektive hrozbou pro šíření infekčních onemocnění.

Na základě získaných individuálních zkušeností respondentů lze fenomén injekčního užívání drog na veřejnosti v hl. m. Praze označit za poměrně častý jev, není však tím hlavním aspektem negativních projevů otevřené drogové scény. Negativněji je vnímána vysoká koncentrace osob užívajících drogy v jedné lokalitě a s tím spojený diskomfort vnímaný veřejností při užívání veřejného prostoru. Od AM si významná část respondentů výzkumu slibuje právě kultivaci drogové scény a snížení jejích negativních projevů. V minulosti realizované studie dopadů AM naznačují, že tyto programy skutečně mohou v této oblasti přinášet pozitivní výsledky a být přínosem ke zlepšení situace (např. Wood et al., 2004; Kimber et al., 2008; Rhodes & Hedrich, 2010). Důležité je před případnou realizací AM velmi pečlivě formulovat záměry, s kterými hodláme program zahájit a vyhnout se přehnaným očekáváním a slibům. Není například zřejmě reálné očekávat, že drogová scéna zcela zmizí nebo se přesune na jiné místo

(Hedrich, 2004). Zároveň je nezbytné do diskuze o realizaci AM zapojit co nejširší skupinu zainteresovaných osob a institucí.

Na program AM respondenti nahlízejí převážně pozitivně, převládají pozitivní očekávání. Objevují se ovšem také určité pochyby nad proveditelností záměru realizovat AM v hl. m. Praze a také nad samotnou smysluplností tohoto záměru. Toto potvrzuje nezbytnost širší diskuse o případné realizaci AM a konkretizování reálnosti očekávaných dopadů na otevřenou drogovou scénu hl. m. Prahy. Realizovaná interview naznačují, že v některých ohledech neexistuje elementární shoda jednotlivých subjektů zainteresovaných v problematice drog v hl. m. Praze a dosavadní diskuze jsou vedeny příliš roztříštěně a bez účasti všech dotknutých institucí. Z výše uvedených důvodů je umístění záměru realizovat pilotní projekt AM do střednědobého plánu sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013 – 2015 překvapivý a jeho realizovatelnost je diskutabilní.

Respondenti se většinou přiklánějí spíše k provozu kamenného zařízení především z důvodu možností, které by taková služba nabízela. Přesto jsou ve značné míře vyzdvihovány výhody mobilního zařízení, které je schopné reagovat na změny na drogové scéně a je podle respondentů do jisté míry přijatelnější formou z důvodu obhajitelnosti vůči veřejnosti a úřadům.

V případě, kdy by se k otevření AM skutečně přistoupilo, je na místě uvažovat o popsáních faktorech, které by zvýšily pravděpodobnost využívání služby. Mezi nejvýznamnější faktory je řazena přijatelná vzdálenost od drogové scény. Dále otevírací doba, která by měla reagovat na potřeby cílové populace. Spektrum nabízených služeb by bylo vhodné neomezovat pouze na samotnou nabídku bezpečné (hygienické) aplikace drogy, ale zcela určitě rozšířit o službu výměny injekčního materiálu, hygienický servis, poradenství. Zmiňovaný potravinový servis je vzhledem k povaze zařízení poněkud diskutabilní, jeho provoz by bylo možné zajistit pouze v případě vhodných prostorových podmínek zařízení, kdy by bylo možné oddělit jednotlivé části AM například na aplikační, poradenskou a

kontaktní zónu, aby bylo zaručeno oddělení rizikových provozů z důvodu rizika přenosu infekce.

Určení místa, které by bylo vhodné pro provoz AM, se jeví jako jedna z největších obtíží. Potřeby uživatelů drog, kteří jsou potenciálními klienty AM, jsou poměrně jasné. Výběr místa lokalizují do blízkosti otevřené drogové scény, což v kontextu hl. m. Prahy znamená v tuto chvíli především okolí Hlavního nádraží, Václavského náměstí, Anděl. Realita umístění AM na mapu Prahy bude podle výpovědí respondentů z řad úředníků, policie a odborníků mnohem obtížnější a lze předpokládat, že i v této souvislosti bude mimo jiné, přímo či nepřímo, v přeneseném slova smyslu, zaznívat známé „not in my back yard“, tedy „ne na mém dvorku“. Řada respondentů vyslovuje obavu, že provoz AM nenajde oporu u místních úřadů a ačkoliv bude diskutován potenciální přínos, který zařízení může přinést, jeho realizace bude představitelná pouze za hranicemi daného územně samosprávného celku (městské části). Za nevhodné považují respondenti provozovat AM v blízkosti školek nebo škol, rovněž v blízkosti parků.

5. Závěr

Na základě zahraničních zkušeností a publikovaných výzkumů lze službu AM zhodnotit jako účinnou a přínosnou součást mozaiky služeb zaměřených na problémové uživatele drog. Tato služba, shodně jako další HR programy, cílí svými dopady nejen na uživatele drog samotné, ale také přináší zisky pro většinou společnost. Mnohem více, než ostatní HR programy, se AM kromě prevence infekčních chorob, snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání drog, zaměřuje také na oblast veřejného pořádku a negativních dopadů existence otevřené drogové scény ve městě.

Stejně pozitivně je, projekt AM vnímám nadpoloviční většinou respondentů výzkumu z řad odborníků léčby a prevence závislostí, Policie ČR, úředníky a dalších. I v této skupině respondentů se nicméně objevují obavy z dopadů případné realizace, především ve zhoršení situace v okolí AM. Zmiňována je také obava z finanční náročnosti provozu AM a je relativizováno přílišné očekávání od tohoto programu. Klienti nízkoprahových zařízení deklarují zájem o zařízení tohoto typu a lze očekávat, že by jej za jistých podmínek využívali. Těmito faktory jsou například přijatelná vzdálenost AM, otevírací doba přizpůsobená potřebám uživatelů drog a také nabídka dalšího spektra služeb, mezi které patří především výměna injekčního materiálu a hygienický servis.

Zhodnocením indikátorů potřeby realizace AM (Hunt, 2006; Hunt, 2008) lze dojít k závěru, že hl. m. Praha je lokalitou, kde by realizace AM připadala v úvahu a dalo by se zde hovořit o potřebě této služby. Ačkoliv v některých parametrech je situace v hl. m. Praze, potažmo v České republice, v pozitivním směru nad evropským průměrem (jedná se například o prevalenci HIV v populaci problémových uživatelů drog), je to především vysoká koncentrace problémových uživatelů drog v hlavním městě, přítomnost velkých otevřených drogových scén s negativními dopady pro okolí a vysoká míra injekčního užívání drog v populaci problémových uživatelů drog, co smysluplnost realizace AM podporuje. Na místě je ovšem případnou realizaci AM dobře uvážit, do diskuze zapojit co nejširší

spektrum institucí a dobře definovat podmínky, jakožto i cíle, se kterými má nová služba vzniknout.

Závěr pro výběr formy AM není zcela jednoznačný. Významná část respondentů se přiklání k variantě kamenného zařízení. Tato varianta se zdá být například vzhledem k některým cílům AM (minimalizace a kultivace drogové scény) jako skutečně vhodnější oproti mobilnímu zařízení, které se ze své podstaty zaměřuje především na samotnou aplikaci drogy a kapacita a podmínky neumožňují v dostatečné míře další nabídku služeb. Shodně početná skupina respondentů ve svých odpovědích ovšem váhá a za významnou výhodu mobilní AM považují schopnost reagovat na změny na otevřené drogové scéně a především pak obhajitelnost tohoto programu, kdy značná část respondentů očekává komplikace s výběrem vhodného místa, kde by mělo být umístěno kamenné zařízení.

6. Použitá literatura

1. Akzept, B., Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Ed.) (2000). Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms. Lektorat: W Schneider & H Stover, Materialien No. 4. Munster: Akzept.
2. Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2012). The Limits of Latitude. London: The UN drug control conventions.
3. Brackertz, N. (2007). Who is hard to reach and why? Swinburne: Institute for Social Research.
4. Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006). Legislating on Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS - Supervised drug consumption facilities. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
5. Consumption Rooms as a Professional Service in Addictions Health : International Conference for the Development of Guidelines (2002). Appendix B : Guidelines for the operation and use of consumption rooms. Journal of Drug Issues, 32(2), 741-750.
6. Coutinho, R.A. (2000). Needle Exchange, Pragmatism and Moralism. American Journal of Public Health, vol. 90, no. 9.
7. Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgrrald, J., McDonald, D., Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. Drug and Alcohol Review 19, 337-346.
8. EMCDDA (2010). Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
9. EMCDDA (2011). Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
10. EMCDDA (2012). Výroční zpráva za rok 2012: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
11. Expert Advisory Committee (2008). Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites: What has been learned from research? Ottawa

- (ON): Health Canada; (přístup 5. 7. 2013). Dostupné: www.hc-sc.gc.ca/ahec-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-eng.php.
12. Federal Ministry of Health and Social Security. (2003). Drug Consumption Rooms Background Information. Berlin.
 13. Hall, W. & Kimber, J. (2005). Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *The Lancet*, 366, 271–272.
 14. Harm reduction international (HRI). (2010). What is harm reduction? London: A position statement from Harm Reduction International.
 15. Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. Lisbon: EMCDDA.
 16. Hunt, N. (2003). *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: International Harm Reduction Association (IHRA).
 17. Hunt, N. (2006). Indicators of the need for drug consumption rooms in the UK. Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. York: Joseph Rowntree Foundation.
 18. Hunt, N. (2008). Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK. London: Joseph Rowntree Foundation.
 19. Hunt, N. (2010). Přehled modelů zajišťování aplikačních místností. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.
 20. Hunt, N., Lloyd, C., Kimber, J., Tompkins, C. (2006). Public injecting and willingness to use a drug consumption room among needle exchange programme attendees in the UK. *International Journal of Drug Policy* 18, 62–65.
 21. Hygienická stanice hl. m. Prahy (2011). Výroční zpráva Praha – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: referát drogové epidemiologie.
 22. Hygienická stanice hl. m. Prahy (2012). Incidence léčených uživatelů drog (ČR – 1. pololetí 2012), prevalence léčených uživatelů drog (ČR, 1.1. – 30.6.2012) a akutní předávkování a zdravotní komplikace v souvislosti s užitím drogy (ČR – 1. pololetí 2012). Praha: referát drogové epidemiologie.

23. Hygienická stanice hl. m. Prahy (2012). Výroční zpráva ČR – 2011. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: referát drogové epidemiologie.
24. Islam, M. M., Conigrave, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal* 2007, 4:1.
25. Islam, M., Conigrave, K. (2007), Increasing prevalence of HIV, and persistent high-risk behaviours among drug users in Bangladesh: need for a comprehensive harm reduction programme. *Drug and alcohol review*. 26(4), 445-454.
26. Janíková, B. (2011). Zaostřeno na drogy 1 (leden - únor 2011). Praha: Úřad vlády České republiky.
27. Janyšková, N. (2009). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy v roce 2008. Praha: Krajské oddělení protidrogové prevence
28. Janyšková, N. (2011). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010. Praha: Krajské oddělení protidrogové prevence
29. Kalina K. et al (2003). Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.
30. Kalina K. et al (2003). Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Kalina, K. et al (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.
32. Kemmesies, U. (1999). The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995 - Final report. Frankfurt nad Mohabem: radnice města Frankfurt n. M.
33. Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., Wood, E. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Research Letters*, 316-318.

34. Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., et al. (2008). Process and predictors of treatment referral and uptake. *Drug and Alcohol Review* 27, 602–612.
35. Kol. autorů. (2004). *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users*. Geneva: WHO – department of HIV/AIDS.
36. Kol. autorů. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: WHO.
37. Kol. autorů. *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele nealkoholových drog*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
38. Kolektiv autorů. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.
39. Köthner, U., Langer, F., Klee, J. (2011). *Drug Consumption Rooms in Germany*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., akzept e.V.
40. KPMG (2010). *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial Period (2007-2011) - Final report*. Sydney: NSW Health.
41. Miller, W., Rollnick, S. (2002). *Motivační rozhovory*. Praha: Sdružení SCAN.
42. Minařík, J., Vejrych, T. (2012). *Výsledky projektu Imp.Ac.t. Co jsme zjistili aneb stav populace uživatelů drog a zajímavá data z výzkumu? Příspěvek v rámci konference Národní konference IMPACT: Testování infekčních nemocí*. Praha – Dům světla.
43. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
44. Morávek, J., Šíp, J., Veis, Š. (2008). *Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze - závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: sdružení Sananim.
45. Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostelecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.
46. Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostelecká,

- L., Jurystová, L. (2012). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.
47. Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. (2011). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky.
48. MSIC Evaluation Committee (2003). Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Sydney: authors.
49. Obadia, Y. et al (1999). Syringe vending machines for injection drug users: an experiment in Marseille, France. *American Journal of Public Health*, 89:1852-4.
50. Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA.
51. Roberts, M., Klein, A., Trace, M. (2004). Drug consumption rooms. Oxford: DrugScope and The Beckley Foundation.
52. Schatz, E., Nougier, M. (2012). Drug consumption rooms - Evidence and practice. London: International Drug Policy Consortium.
53. Stimson, G., Alldritt, L., Dolan K. (1998). Injecting equipment exchange schemes: final report. London: University of London.
54. Stöver, H. (2002). Consumption Rooms: A Middle Ground between Health and Public Order Concerns. Böllinger, L. u.a. (Hrsg.): *Journal of Drug Issues*, Vol. 32, No. 2. Str. 597-606.
55. Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Brno: Podané ruce.
56. WHO (2000). Analýza potřeb – sešit 3. Geneva: WHO.
57. WHO International Collaborative Group. (1994). Multi-city study on drug injecting and risk of HIV. Geneva: WHO.
58. Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D., Montaner, J., Tyndall, M. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised

- safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 731 – 734.
59. Wood, E., Tyndall, M. (2006). Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services. *New England Journal of Medicine*, 2512–2514.
 60. Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., Kerr, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1:13.
 61. Zábranský, T., Janíková, B. (2008). Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK.
 62. Zábranský, T., Mravčík, V. (2006). Virová hepatitida typu C u injekčních uživatelů drog v ČR - rozšíření a nové infekce. *Adiktologie* 6 (2 - Supplementum).

7. Přílohy

Příloha č. 1 - Dopis žádosti o sdělení dat ke sběru injekčních stříkaček

V Praze, 10. 2. 2012

Dobrý den,

obracíme se na Vás jako student navazujícího magisterského studia adiktologie na 1. LF UK. Rád bych Vás požádal o data, které bych využil při tvorbě diplomové práce s názvem Analýza potřeb zavedení aplikační místnosti v hl. m. Praze, kterou hodlám obhajovat v tomto roce při ukončení zmíněného studia. Cílem mé práce je přinést základní představu o potřebách a názorech potenciálních uživatelů, odborníků z oblasti léčby a prevence závislosti, pracovníků státní správy a samosprávy, Policie ČR a městské policie ve vztahu k projektu aplikační místnosti.

Součástí této práce je mimo jiné analýza současného stavu v oblasti otevřené drogové scény v hl. m. Praze, konkrétně se v jedné z kapitol zabývám nálezy použitých stříkaček na veřejných prostranstvích a statistikou jejich sběru. Oslovuji tedy touto cestou instituce, které se sběrem injekčního náčiní nejčastěji aktivně zabývají (neziskové organizace, městská policie) a mým cílem je vytvořit kvalifikovaný odhad (orientační celkovou statistiku) sběru v Praze za rok 2012.

Rád bych Vás proto požádal o sdělení statistiky sběru injekčních stříkaček za rok 2012 institucí, kterou zastupujete. Zajímá mě celkový počet sebraných (zlikvidovaných stříkaček), uvedení lokality, za kterou je statistika uváděna (např. MČ Praha 1, celé hl. m. Praha apod.) a nejčastější místa sběru (např. ulice, park aj.).

Tato data budou použita při tvorbě zmíněné diplomové práce a nebudou bez Vašeho souhlasu předávána dalším osobám. Statistiky budou uváděny v celkových součtech a nebude možné identifikovat konkrétní instituci. V případě potřeby mě prosím neváhejte kontaktovat na uvedeném telefonním čísle.

Děkuji Vám a přeji pěkný den.

Bc. Vojtěch Janouškovec, DiS.

student navazujícího magisterského studia adiktologie

1. lékařská fakulta University Karlovy

Tel.: 731 906 605

E-mail: vojta@janouskovec.cz

Příloha č. 2 - Seznámení se základními fakty o AM

Podklad pro výzkum – základní představení aplikačních místností účastníkům výzkumu

Aplikační místnosti jsou chráněná místa pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnoticím prostředí a pod supervizi školeného personálu. Tvoří specializovanou drogovou službu v širší síti služeb pro uživatele drog a obvykle je služba provozována v oddělených prostorách již existující jiné služby pro uživatele drog nebo lidi bez domova

zdroj EMCDDA, 2004

Základní druhy

- **Integrované** – nejčastější, část již existující zařízení (zařízení pro lidi bez přístřeší, UD), zvláštní část pro aplikaci drog, vstup je kontrolován, klienti aplikační místnosti jsou jen jednou skupinou ze skupin klientů zařízení.
- **Specializované** – zařízení sloužící pouze k aplikaci drog, méně časté, v blízkosti jiných drogových služeb, v blízkosti míst černého trhu s drogami, otevřené drogové scény, kde je vysoká poptávka po místě k aplikaci.
- **Stabilní (kamenné)** – klasické zařízení kamenného typu umístěné v nebytovém prostoru.

Mobilní (pojízdné, např. upravený automobil - dodávka) – upravené vozidlo typu skříňové dodávky (sanitky), které mění pravidelně svoji pozici. Často pohyb kopíruje výskyt otevřených drogových scén.

Příloha č. 3 – Otázky pro polustrukturované interview s uživateli drog

1. Pohlaví
2. Věk
3. Jaká je Vaše hlavní užívaná droga?
4. Jak často užíváte drogu (frekvence aplikací)?
5. Když jste užil drogu naposledy, v jaké denní době to bylo? Je to tak obvyklé?
6. Kde, v jakém prostředí, si nejčastěji aplikujete drogu?
7. Jak dlouho Vám obvykle trvá jedna aplikace drogy?
8. Co ovlivňuje čas, který Vám zabere jedna aplikace drogy?
9. Aplikovali jste si někdy drogu na veřejném místě (park, ulice, zastávka aj.)?
10. Pokud ot. 9 ano – Co Vás k tomu vedlo?
11. Jak vybíráte místo, kde si drogu budete aplikovat?
12. Co je Vaším důvodem pobytu na otevřené drogové scéně v centru města?
13. Kolik znáš lidí, kteří se pohybují na otevřené drogové scéně v centru města?
14. Kolik znáš lidí, kteří si aplikují drogy na veřejnosti (park, ulice, zastávka aj.)?
15. Slyšeli jste někdy v minulosti o programu aplikační místnosti?
16. Dokážete si představit využít takový program?
17. Z jakých důvodů byste takový program využili?
18. Co by pro Vás bylo důvodem takový program nevyužít?
19. Kolik času (jaká vzdálenost) je pro vás představitelná pro cestu do aplikační místnosti?
20. Jaké služby byste uvítal v aplikační místnosti? Co by mělo být v nabídce?
21. Měla by existence tohoto programu vliv na výběr Vašeho místa pro aplikaci drogy?
22. Preferovali byste určitý druh AM (mobilní vs. kamenné)?
23. Dokážete určit vhodné místo (místa) z Vašeho pohledu pro existenci takové AM?
24. Co by měla AM nabízet, aby ji využívalo co nejvíce lidí?
25. Odhadnete překážky, které by mohli vést k nevyužívání služby?

Příloha č. 4 - Otázky pro polustrukturované interview s pracovníky v adikt. službách, PČR, MP a úředníky

1. Pohlaví
2. Věk
3. Jaká je vaše profese? (Kde pracujete?)
4. Jak dlouho na dané pozici pracujete?
5. Jak se ve své práci setkáváte s otevřenou drogovou scénou?
6. Jak často se při své profesi setkáváte s aplikací drog (nelegálních) na veřejnosti?
7. Slyšeli jste někdy v minulosti o programu aplikační místnosti?
8. Jaký je váš názor na tento program?
9. Dokážete si představit fungování tohoto programu v Praze?
10. Domníváte se, že uživatelé drog by využívali takový program?
11. Odkázali byste uživatele drog do tohoto programu?
12. Kde by bylo vhodné tuto službu zřídit?
13. Která místa považujete pro realizaci této služby za nevhodná?
14. Jaké služby by podle Vás měla aplikační místnost nabízet?
15. Jaké dopady by měla realizace programu na otevřenou drogovou scénu?
16. Preferovali byste určitý druh AM (mobilní vs. kamenné)?
17. Spatřujete nějaká rizika v případě realizace tohoto programu?
18. Mohl by tento projekt přinést něco pozitivního?
19. Co by měla aplikační místnost nabízet, aby ji využívalo co nejvíce lidí?

Příloha č. 5 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

O účasti ve výzkumu pro diplomovou práci s názvem Aplikační místnosti pro uživatele drog - analýza potřeb

Autor výzkumu:

Bc. Vojtěch Janouškovec, DiS, student navazujícího magisterského studia adiktologie na 1. LF UK

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Cílem práce je přinést základní představu o potřebách potenciálních uživatelů, odborníků z oblasti léčby a prevence závislostí a dalších subjektů dle výzkumného souboru ve vztahu k projektu aplikační místnosti.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl zúčastnit výzkumu, který je součástí výše zmínění diplomové práce, a to svobodně, po zralém uvážení a rádném poučení.

Autor výzkumu se zavazuje, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům a bude zpracována objektivně.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autor práce, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi rádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasím s účastí na výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum:

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu - podpis: